

CHIP MEMBER HANDBOOK

NUECES

**SEPTEMBER
2024**

AN AFFILIATE OF
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

MEMBER SERVICES

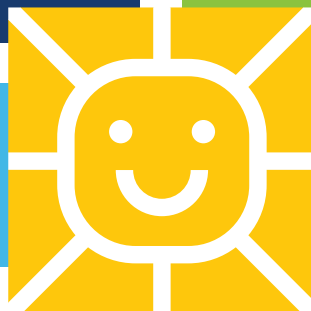
Toll-free:

1-877-451-5598

TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com





Dear Driscoll Health Plan Member:

Thank you for choosing Driscoll Health Plan (DHP)! We are here to provide quality health care for you and your family.

Driscoll Health Plan covers a wide range of services and benefits. This handbook will help you get to know your coverage. It will help you to get the services you need and learn more about Driscoll Health Plan's extra benefits.

We want you to be satisfied with your health care services. Our staff speaks English and Spanish and can help answer your questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this handbook and any other member materials in audio, larger print, braille, and other languages. You will receive printed materials within five business days. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to you, call Member Services at **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-735-2989).

To learn more or request member materials visit us at: driscollhealthplan.com

The Member Handbook is reviewed once per year. If there are any health plan changes, we will let you know through newsletters and other mailings.

Preventative care is very important because it helps you stay well. It is important to get your exams on time each year. We urge you to read the sections on ***Things you can do to stay healthy*** and ***Taking care of yourself and your family***. These sections tell you what you need to do to stay healthy.

We look forward to serving you.

Welcome to the Driscoll Health Plan Family!



Phone Numbers

Member Services

Available 24/7, regular business hours 8 a.m. to 5 p.m. CST, Monday-Friday, excluding state-approved holidays. You can leave a message after hours, on weekends, and on holidays.

Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.

For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.

Nueces Service Area 1-877-451-5598

TTY for the deaf and hard of hearing 1-800-735-2989

Nurse Advice Hotline

Available 24 hours a day, 7 days a week. For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.

Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.

Nueces Service Area 1-833-532-0223

Behavioral Health Hotline

Available 24 hours a day, 7 days a week. For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.

Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.

Nueces Service Area 1-833-532-0218

Vision Services

Nueces Service Area 1-888-268-2334

Dental Services

DentaQuest 1-800-508-6775

MCNA Dental 1-855-691-6262

United Healthcare Dental 1-877-901-7321

Other Important Phone Numbers

CHIP Program Help Line 1-800-647-6558

Pharmacy Assistance 1-877-451-5598

TTY for the deaf and hard of hearing 1-800-735-2989

Non-Urgent Transportation-SafeRide Health 1-833-694-5881

What do I do if I Need Help or Need the Member Handbook in a Different Format?

Our staff speaks English and Spanish and can help you answer your questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this Handbook and any other member materials in audio, larger print, braille, and other languages. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to you call Member Services at **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-735-2989).

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, Texas 78415
Visit us at driscollhealthplan.com

Table of Contents

WELCOME7

IMPORTANT THINGS YOU SHOULD KNOW7

Things you can do to stay healthy.....7

MEMBER IDENTIFICATION (ID) CARD8

Reading the DHP CHIP ID Card8

Using the DHP CHIP ID Card8

If you lose an ID Card or Move8

CHIP ELIGIBILITY8

CHIP COVERAGE RENEWAL.....8

What do I do if I need help with completing my renewal application?.....8

MEMBER SERVICES.....9

How can Member Services Help You?9

MEMBER PORTAL9

DRISCOLL HEALTH SYSTEM MOBILE APP.....9

How do I get it?9

Need help downloading the app?9

What information can I access?.....9

CHOOSING YOUR PRIMARY CARE PROVIDER “YOUR MEDICAL HOME”9

What is a Primary Care Provider?9

Can a Specialist ever be a Primary Care Provider?.....9

Can a clinic be my/my child’s Primary Care Provider (Rural Health Clinic/Federally Qualified Health Center)?10

Selecting your Primary Care Provider.....10

How can I get a copy of the Provider Directory?.....10

How can I change my/my child’s Primary Care Provider?10

How many times can I change my/my child’s Primary Care Provider?.....10

When will my Primary Care Provider (PCP) change become effective?10

Are there any reasons why a request to change a Primary Care Provider may not be approved?10

Can my Primary Care Provider move me or my child to another Primary Care Provider for non-compliance?....11

What if I choose to go to another doctor who is not my/my child’s Primary Care Provider?11

What is an Out of Network Provider?11

What if I choose to go to a Provider who is not part of Driscoll Health Plan network?11

Physician Incentive Plan11

GETTING CARE FROM A SPECIAL DOCTOR (SPECIALIST)11

What is a specialist? 11

What if I/my child need to see a special doctor? 11

What is a referral? 12

Who do I call if I have/my child has special health care needs and I need someone to help me?..... 12

How soon can I expect to be seen by a specialist/how soon can I expect my child to be seen by a Specialist?.. 12

How can I ask for a second opinion?..... 12

What services do not need a referral?..... 12

CARE THAT REQUIRES A HEALTH PLAN APPROVAL (PRIOR AUTHORIZATION).....12

What is a Prior Authorization?..... 12

What services need Prior Authorization?..... 12

How long will it take to process a routine authorization? 12

How do I know if my services have been approved or denied?..... 13

What is Medically Necessary Care? 13

GETTING ROUTINE CARE FROM A DOCTOR.....13

What is Routine Care?..... 13

How soon can I/my child expect to be seen? 14

What do I need to bring to a doctor’s appointment? ... 14

How do I get medical care after my Primary Care Provider’s office is closed? 14

How do I get after-hours care? 14

GETTING URGENT AND EMERGENCY CARE14

URGENT MEDICAL CARE 14

What is Urgent Medical Care?..... 14

What should I do if my child is in need of urgent medical care? 14

What should I do if I am in need of urgent medical care? 14

How soon can I/my child expect to be seen? 14

EMERGENCY MEDICAL CARE..... 15

What is an Emergency, an Emergency Medical Condition, and an Emergency Behavioral Health Condition?..... 15

What is Emergency Services or Emergency Care?..... 15

How soon can I/my child expect to be seen? 15

What do I do if I need/my child needs Emergency Dental Care? 15

What is post-stabilization? 15

Out of Area Doctor Appointments 15

What if I or my child get sick when we are out of town or traveling? 15

CHIP MEMBER HANDBOOK

<i>What if I am/my child is out of the state?</i>	16	SERVICES AND EDUCATION FOR PREGNANT MEMBERS.....	21
<i>What if I am/my child is out of the country?</i>	16	GET READY FOR BABY - EDUCATIONAL BABY SHOWERS	21
<i>When Should I Go See My Doctor, Urgent Care or the Emergency Room (See Table)</i>	17	<i>Text4baby Program</i>	22
TAKING CARE OF YOURSELF AND YOUR FAMILY		ZIKA VIRUS	22
PREVENTATIVE HEALTH OR SELF-MANAGEMENT	18	<i>What is the Zika Virus?</i>	22
HEALTH EDUCATION	18	<i>Where is the Zika Virus?</i>	22
<i>What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?</i>	18	<i>Who is at risk?</i>	22
<i>Health Education Text Messages</i>	18	<i>What are the symptoms?</i>	22
CARE FOR INFANTS AND CHILDREN	18	<i>How can I protect myself from the Zika Virus?</i>	22
NEWBORN CARE	18	<i>How can I get mosquito spray/lotion?</i>	22
<i>Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born?</i>	18	BREAST PUMPS.....	22
<i>How and when can I switch my baby's Primary Care Provider?</i>	18	<i>Why you would need a breast pump?</i>	22
FOR CHIP PERINATAL MEMBERS.....	18	<i>How do I get a breast pump?</i>	22
<i>How do I get coverage for my newborn baby?</i>	18	<i>Where can I get a breast pump?</i>	23
<i>How and when do I tell Driscoll Health Plan and my Caseworker?</i>	18	HELP AFTER PREGNANCY.....	23
<i>Can I switch my baby's health plan?</i>	18	POSTPARTUM MEDICAID COVERAGE EXTENSION	23
WELL-CHILD CHECKUPS.....	19	POSTPARTUM VISIT	24
<i>What are Well-Child Checkups?</i>	19	POSTPARTUM EDUCATION	24
<i>Why is the Well-Child Checkup important?</i>	19	HEALTHY TEXAS WOMEN	24
<i>When should my child get a Well-Child Checkup?</i>	19	CASE AND DISEASE MANAGEMENT	24
IMMUNIZATIONS (VACCINES).....	20	<i>What is Case Management?</i>	24
<i>Why is it important to get immunizations?</i>	20	<i>What is Disease Management?</i>	24
WOMEN'S HEALTH	20	<i>What is Early Childhood Intervention (ECI)?</i>	25
WHAT IF I NEED/MY DAUGHTER NEEDS OB/GYN CARE?	20	<i>Do I need a referral?</i>	25
<i>Do I have the right to choose an OB/GYN?</i>	20	<i>Where do I find an ECI Provider?</i>	25
<i>How do I choose an OB/GYN?</i>	20	MEMBERS WITH SPECIAL HEALTHCARE NEEDS (MSHCN).....	25
<i>If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access or will I need a referral?</i>	20	BEHAVIORAL HEALTH CASE MANAGEMENT	25
<i>Will I need a referral?</i>	20	<i>What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management?</i>	25
<i>How soon can I/my daughter be seen after contacting an OB/GYN for an appointment?</i>	20	BEHAVIORAL HEALTH	25
<i>Can I/my daughter stay with an OB/GYN who is not with Driscoll Health Plan?</i>	20	<i>How do I get help if I have a behavioral (mental) health disorder?</i>	25
EXAMS AND SCREENINGS	20	MENTAL HEALTH SERVICES	25
MAMMOGRAMS	21	<i>How do I/my child get mental health rehabilitation services and mental health-targeted case management?</i>	25
CARE FOR PREGNANT WOMEN	21	<i>Substance Misuse Services</i>	26
<i>What if I am pregnant/what if my daughter is pregnant?</i>	21	<i>Do I need a referral for this?</i>	26
<i>Who do I need to call?</i>	21	<i>Mental Health Parity and Addiction Equity Act</i>	26
<i>Care During Pregnancy</i>	21	SPECIAL SERVICES.....	26
<i>Case Management for Pregnant Women</i>	21	INTERPRETER SERVICES.....	26
		<i>Can someone interpret for me when I talk with my/my child's doctor?</i>	26
		<i>Who do I call for an interpreter?</i>	26
		<i>How far in advance do I need to call?</i>	26

CHIP MEMBER HANDBOOK

<i>How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?.....</i>	<i>26</i>
BENEFITS AND SERVICES.....	26
<i>What are my/my child's CHIP benefits?.....</i>	<i>26</i>
<i>How do I/my child get these services/how do I get these services for my child?</i>	<i>26</i>
<i>Are there any limits on any covered services?.....</i>	<i>26</i>
<i>What are the CHIP Perinate Newborn benefits?.....</i>	<i>26</i>
<i>How do I get these services for my child?</i>	<i>26</i>
<i>What benefits does my baby receive at birth?.....</i>	<i>26</i>
<i>What services are not covered?</i>	<i>26</i>
<i>Concurrent Enrollment of a Family Member in CHIP and CHIP Perinatal</i>	<i>27</i>
BENEFITS TABLE.....	28
EXTRA BENEFITS	42
<i>WHAT EXTRA BENEFITS DO I GET AS A MEMBER OF DRISCOLL HEALTH PLAN?.....</i>	<i>42</i>
<i>WHAT IS A VALUE-ADDED SERVICE?</i>	<i>42</i>
<i>HOW CAN I GET THESE BENEFITS?</i>	<i>42</i>
<i>Value-Added Services</i>	<i>42</i>
EXCLUSIONS	47
<i>What services are not covered by Driscoll Health Plan?47</i>	
DME/SUPPLIES	49
COSTS OF YOUR DHP CHIP INSURANCE.....	53
<i>What are co-payments? How much are they and when do I have to pay them?.....</i>	<i>53</i>
<i>CO-PAY FACTS:</i>	<i>53</i>
<i>CHIP COST-SHARING TABLE</i>	<i>54</i>
HEALTH CARE AND OTHER SERVICES OFFERED	55
DENTAL SERVICES.....	55
<i>How do I get dental services for my child?.....</i>	<i>55</i>
VISION SERVICES	55
<i>How do I get eye care services/how do I get eye care services for my child?</i>	<i>55</i>
PHARMACY AND PRESCRIPTIONS.....	55
<i>What are my prescription benefits?.....</i>	<i>55</i>
<i>How do I get my/my child's medications?.....</i>	<i>55</i>
<i>How do I find a network pharmacy?</i>	<i>55</i>
<i>What if I go to a pharmacy not in-network?.....</i>	<i>55</i>
<i>What do I bring with me to the Pharmacy?</i>	<i>56</i>
<i>What if I need my/my child's medications delivered to me?.....</i>	<i>56</i>
<i>What if I need/my child needs an over-the-counter medication?</i>	<i>56</i>
<i>What if I need/my child needs birth control pills?</i>	<i>56</i>
<i>Who do I call if I have problems getting my/my child's medications?.....</i>	<i>56</i>
<i>What if I can't get the medications my/my child's doctor ordered approved?.....</i>	<i>56</i>
<i>What if I lose my/my child's medication(s)?</i>	<i>56</i>
<i>How can I get a list of the prescriptions that are covered by my benefits?</i>	<i>56</i>
CHANGING HEALTH PLANS	56
<i>What if I want to change health plans?.....</i>	<i>56</i>
<i>Who do I call?.....</i>	<i>56</i>
<i>How many times can I change health plans?.....</i>	<i>56</i>
<i>When will my health plan change become effective?... 56</i>	
<i>Can Driscoll Health Plan ask that I get dropped from their health plan for non-compliance, etc.?</i>	<i>57</i>
OTHER IMPORTANT INFORMATION	57
<i>What do I have to do if I move?.....</i>	<i>57</i>
<i>What if I get a bill from my doctor?</i>	<i>57</i>
<i>Who do I call if I get a bill from my/my child's doctor?. 57</i>	
<i>What information do they need?.....</i>	<i>57</i>
<i>What do I do if I have other Insurance in addition to CHIP? (Coordination of Benefits).....</i>	<i>57</i>
<i>Third-Party Insurance.....</i>	<i>57</i>
<i>Injury Caused by Others</i>	<i>57</i>
MEMBER SATISFACTION.....	58
<i>Member Satisfaction Surveys.....</i>	<i>58</i>
<i>Member Advisory Group</i>	<i>58</i>
COMPLAINTS AND APPEALS	58
COMPLAINTS	58
<i>Complaint Process.....</i>	<i>58</i>
<i>What should I do if I have a Complaint?</i>	<i>58</i>
<i>Driscoll Health Plan Complaint Procedures.....</i>	<i>58</i>
<i>Who do I call?.....</i>	<i>58</i>
<i>Can someone from Driscoll Health Plan help me file a complaint?</i>	<i>58</i>
<i>What are the requirements and timeframes for filing a complaint?</i>	<i>58</i>
<i>How long will it take to process my complaint?.....</i>	<i>58</i>
<i>If I am not satisfied with the outcome, who else can I contact?</i>	<i>58</i>
<i>Do I have the right to meet with a Complaint Appeal Panel?</i>	<i>59</i>
APPEALS.....	59
<i>Appeal Process.....</i>	<i>59</i>

CHIP MEMBER HANDBOOK

<i>What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered, but Driscoll Health Plan denies it or limits it?.....</i>	59	<i>What are Advanced Directives?.....</i>	61
<i>How will I find out if services are denied?.....</i>	59	<i>How do I get an Advance Directive?.....</i>	61
<i>What are the timeframes for the appeal process?.....</i>	59	REPORT WASTE, ABUSE, OR FRAUD	61
<i>How do I submit an appeal?.....</i>	59	<i>Do you want to report waste, abuse, or fraud?.....</i>	61
<i>Can someone from DHP help me file an Appeal?.....</i>	59	<i>To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.....</i>	62
SPECIALTY APPEAL	60	MEDICAL TERMINOLOGY.....	62
EXPEDITED MCO APPEAL	60	INFORMATION THAT IS AVAILABLE TO MEMBERS ONCE A YEAR.....	64
<i>What is an Expedited Appeal?.....</i>	60	DRISCOLL HEALTH PLAN'S PARTNER'S PROVIDING CARE/SERVICES	64
<i>How do I ask for an Expedited Appeal?.....</i>	60	MEMBER RIGHTS.....	65
<i>Who can help me file an Expedited Appeal?.....</i>	60	MEMBER RESPONSIBILITIES.....	66
<i>Does my request have to be in writing?.....</i>	60	DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW.....	67
<i>What are the timeframes for an Expedited Appeal?.....</i>	60	<i>PROFICIENCY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES</i>	68
<i>What happens if DHP denies the request for an Expedited Appeal?.....</i>	60	NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.....	70
INDEPENDENT/EXTERNAL REVIEW PROCESS	60	OUR RESPONSIBILITIES	74
<i>What is an Independent/External Review?.....</i>	60	SHARING OF HEALTH INFORMATION.....	74
<i>How do I ask for an Independent/External Review?</i>	61		
<i>What are the timeframes for this process?.....</i>	61		
<i>What if I need an Appeal decision quickly?.....</i>	61		
ADVANCE DIRECTIVES	61		
<i>What if I am too sick to make a decision about my Medical Care?.....</i>	61		

CHIP MEMBER HANDBOOK

Welcome

Welcome to the Driscoll Health Plan (DHP) family! Driscoll Health Plan is a nonprofit community-based health plan. Driscoll Health Plan is part of the Driscoll Health System. Together, we have been taking care of kids and their families for over 70 years. We are committed to ensuring you get the best health care. We offer a large network of providers, specialists, and hospitals. You will have access to quality doctors and our expert staff.

This handbook contains information about how the health plan works. It tells you what to expect and provides answers to many questions. The member handbook includes information on:

- Choosing your Primary Care Provider
- Getting emergency care
- Taking care of yourself
- Case and Disease Management
- Behavioral Health and Substance Use Services
- Benefits
- Interpreter Services
- Prescription coverage
- And many other topics

Please take the time to read this handbook. We want you to be satisfied with your health care services. Our staff speaks English and Spanish and can help answer your questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this handbook and any other member materials in audio, large print, braille, and other languages. You will receive printed materials within five business days. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to you, call Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989). Members or their legally

authorized representatives can send their request in writing to the address below.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, TX 78415

You can also request member materials by visiting:
driscollhealthplan.com

Important Things You Should Know

Things you can do to stay healthy

Preventive care is an important part of staying healthy. You can stay healthy by getting timely checkups, getting vaccines, and making regular visits to your doctor. Working together, we can keep you and your family healthy and happy.

The following are some things you can do to stay healthy:

Establish a good relationship with your doctor. You and your doctor need to work as a team.

Be focused on prevention:

Get your checkups and vaccines on time.

- ✓ If you are overdue or due for a well-child checkup, you should have your checkup **within 90 days after joining Driscoll Health Plan.**
- ✓ Newborns should be seen by a doctor **3-5 days after birth.**
- ✓ Pregnant women should get a prenatal exam within **42 days of enrollment or in the first trimester.**
- ✓ New moms should have a postpartum exam within **7-84 days after delivery.**
- ✓ Regular yearly well-child checkups on or soon after your child's birthday.

Be sure to mail in the completed health risk assessment in your welcome packet. This assessment will help our Case Managers know what help you need.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Call your doctor for non-emergency care. They can get you the right care that you need. Only visit the emergency room for an emergency.

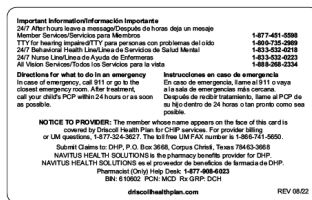
Member Identification (ID) Card

You will get a CHIP ID card after joining Driscoll Health Plan. Make sure everything on the card is correct. Call Member Services at **1-877-451-5598** if you have any questions. Each family member who joins Driscoll Health Plan should have their own ID card. Always keep your ID card with you. Take your ID card with you when you go to a doctor's visit and the pharmacy. Call Member Services if you lose your card. We can mail you a new ID card right away.

Each of your children will have a different card. You will not get a new DHP CHIP card every month. You will get a new one if you lose your ID card or if you call us to change your Primary Care Provider.

Reading the DHP CHIP ID Card

The front of the DHP CHIP ID card shows important facts about your child, your Primary Care Provider's name, and phone number. It also shows the amounts (co-payments) you might have to pay for your doctor visits, hospital visits, or prescriptions. The back of the card shows important phone numbers for emergencies or other help from DHP Member Services.



Using the DHP CHIP ID Card

Carry your child's DHP CHIP ID Card with you when your child gets any health care services. You must show your CHIP ID card each time for any health service.

If you lose an ID Card or Move

If you lose the DHP CHIP ID card, call us right away at **1-877-451-5598** to get a new one. If you move or change phone numbers, call us so we can send you a new ID card. We always need to have your correct address and phone number.

CHIP Eligibility

Laws passed by the U.S. Congress and the Texas Legislature started the Children's Health Insurance Program (CHIP) in Texas. CHIP helps children of families with incomes too high to qualify for Medicaid but too low to afford private insurance coverage easily. You may be able to qualify for CHIP benefits based on income limits. To learn more, please visit: yourtexasbenefits.com

Please contact Texas Health and Human Services Commission (HHSC) to report any changes to your information by calling 2-1-1 or 1-877-541-7905. You can also go to yourtexasbenefits.com to report these changes. A change to your information could affect the eligibility for you or someone living in your household. You may also be subject to penalties under federal law if false or untrue information is provided.

CHIP Coverage Renewal

What do I do if I need help with completing my renewal application?

Look for an envelope marked "time-sensitive" 3-4 months before your benefits end. This will be your renewal letter telling you what to do. Renew before the due date so you do not lose your benefits.

WAYS TO RENEW AND GET HELP

- **Website:** Go to yourtexasbenefits.com
- **Phone:** Download "Your Texas Benefits" app in the IOS App Store or Google Play Store
- **Call:** 2-1-1 or 1-877-541-7905 to request a renewal packet
- **Call:** Member Services **1-877-451-5598**

CHIP MEMBER HANDBOOK

Member Services

How can Member Services Help You?

Our expert Member Services staff is ready to help you 24 hours, 7 days a week. Regular business hours are from 8 a.m. to 5 p.m., Monday-Friday. You can leave a message after hours, on weekends, and holidays. You can also send us an email at: DHPmemberservices@ddchstx.org

A DHP staff member will respond the next business day.

Our expert staff can help you with:

- Questions about your benefits and coverage.
- Changing your Primary Care Provider.
- Changing your address or phone number.
- Mailing of a lost Member ID card.
- Your complaints, appeals, and concerns.

Member Portal

As a Member of Driscoll Health Plan, you can use our Member Portal by visiting: driscollhealthplan.com

Here you can find important information such as your Service Coordinator information, Value-Added Services, and how to renew your health benefits. You can also print a copy of your Driscoll Health Plan ID card. Here are some helpful instructions to get you started:

- Click **Member Portal**
- Enter your MyChart Username and Password
- Click **Sign In**
- New User? Click **Sign Up Now**
- Follow the steps to register your account

If you have any questions, please call MyChart support line at 361-694-5980.

Driscoll Health System Mobile App

Driscoll Health Plan has a mobile application. It is now linked to MyChart.

CHIP Member Services: 1-877-451-5598

How do I get it?

Go to your app store and search for Driscoll Health System! Once the app is downloaded you will see the Driscoll Health System logo on your phone. You should review and accept the terms to continue.

- *New MyChart users:* Call 361-694-5980 to ask for your activation code.
- *Current users:* Enter your username and password.

Need help downloading the app?

Call MyChart support line at 361-694-5980.

What information can I access?

Conveniently view your health care information in a secure and confidential environment.

- View Member ID cards
- Check your list of medications
- Review medical records and lab results
- Manage family appointments

Choosing Your Primary Care Provider "Your Medical Home"

What is a Primary Care Provider?

A Primary Care Provider is a doctor, nurse practitioner, or physician assistant who takes care of your medical needs. Your PCP will make sure you get regular checkups. They will write prescriptions for medicines and supplies and will refer you to see a specialist. It is important you have a good relationship with your Primary Care Provider. Your Primary Care Provider needs to know your medical history to be able to provide you with the best care. You need to take part in decisions about your health care. You and your Primary Care Provider will make the right decisions to keep you healthy.

Can a Specialist ever be a Primary Care Provider?

Members with Special Health Care Needs (MSHCN) can request to have a specialist as their Primary Care

CHIP MEMBER HANDBOOK

Provider (PCP). DHP may allow a Specialist to be your child's PCP after a review by our Medical Director. Members with Special Health Care Needs (MSHCN) must sign the "Agreement for a Specialist to Function as a Primary Care Provider." The Specialist must also sign the form agreeing to be your Primary Care Provider. Our Medical Director will review the signed "Agreement for a Specialist to Function as a Primary Care Provider" form. We will mail you a letter within 30 days of receiving your request, to let you know our decision. You have the right to appeal the decision if your request is not approved. The start date of this change will be the first of the month following the date the "Agreement for Specialist to Function as a Primary Care Provider" form is signed by the Medical Director. To learn more, call DHP Member Services toll-free at **1-877-451-5598**.

Can a clinic be my/my child's Primary Care Provider (Rural Health Clinic/Federally Qualified Health Center)?

You may choose a clinic as your Primary Care Provider. This can be a Federally Qualified Health Center (FQHC) or a Rural Health Clinic (RHC).

Selecting your Primary Care Provider

Upon joining Driscoll Health Plan, we will assign you to a Primary Care Provider. You can call Member Services if you would like to choose another Primary Care Provider.

How can I get a copy of the Provider Directory?

Visit driscollhealthplan.com to see the Provider Directory. It is updated every week. You can also call Member Services to get a copy.

How can I change my/my child's Primary Care Provider?

Driscoll Health Plan wants you to be happy with your Primary Care Provider. You can change your Primary Care Provider if:

- You need a different doctor to take care of you.
- You move farther away from your Primary Care Provider.
- Your Primary Care Provider is no longer a part of Driscoll Health Plan's network.
- You do not get along with your Primary Care Provider.

You can change Primary Care Providers by calling Member Services. The Driscoll Health Plan Provider Directory lists all Primary Care Providers.

How many times can I change my/my child's Primary Care Provider?

There is no limit on how many times you can change your/your child's Primary Care Provider. You can change Primary Care Providers by calling Member Services toll-free at **1-877-451-5598** or writing to:

Driscoll Health Plan
Member Services Department
Eligibility Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

When will my Primary Care Provider (PCP) change become effective?

You can change your PCP at any time. If you have seen your PCP within the current month, the change will become effective on the first day of the following month. If you have NOT seen your PCP within the current month, the change will become effective on the first day of the month in which the change is made. The PCP change may be expedited if DHP decides it is in the best interest of both the Member and the current PCP.

Are there any reasons why a request to change a Primary Care Provider may not be approved?

Reasons you might not be able to have the Primary Care Provider you have chosen:

CHIP MEMBER HANDBOOK

- The Primary Care Provider picked is not seeing new patients.
- The Primary Care Provider picked is no longer a part of Driscoll Health Plan.

Can my Primary Care Provider move me or my child to another Primary Care Provider for non-compliance?

It is important to follow your Primary Care Provider's advice. Your Primary Care Provider might ask us to assign you to another Primary Care Provider if:

- You do not follow his or her advice.
- You and your Primary Care Provider do not get along.
- You miss appointments without calling to cancel.

Your Primary Care Provider must tell us if he or she wants you to change your Primary Care Provider. Driscoll Health Plan will contact you and ask you to pick another Primary Care Provider.

What if I choose to go to another doctor who is not my/my child's Primary Care Provider?

If you choose to see another doctor who is not your Primary Care Provider, Driscoll Health Plan must approve the services. For questions, contact Member Services.

You can go to any provider who is part of Driscoll Health Plan if you need:

- 24-hour emergency care from an emergency room.
- Family Planning services and supplies.

You can choose another provider for routine eye exams, mental health or substance use, and OB/GYN care. For all other care, you must only see the Primary Care Provider listed on your Driscoll Health Plan ID card.

What is an Out of Network Provider?

An out of network provider does not have a contract with Driscoll Health Plan. It may be hard to get services approved. In some cases, such as when there are no other providers, Driscoll Health Plan can contract to pay a non-participating provider, but it is not guaranteed.

What if I choose to go to a Provider who is not part of Driscoll Health Plan network?

If you choose to see a doctor who is not part of the Driscoll Health Plan network, DHP must approve the services. This service will require prior authorization or approval from DHP. If the service is not approved, DHP will not cover the service. The out of network provider will bill you for these services and you may have to pay for them out of pocket. For questions, contact Member Services.

Physician Incentive Plan

Driscoll Health Plan cannot make payments under a physician incentive plan if the payments are designed to induce providers to reduce or limit Medically Necessary Covered Services to Members. You have the right to know if your Primary Care Provider (main doctor) is part of this physician incentive plan. You also have a right to know how the plan works. You can call **1-877-451-5598** to learn more about this.

Getting Care from a Special Doctor (Specialist)

What is a specialist?

A specialist is a doctor for certain types of health care like cardiology (heart health), orthopedics (bones and joints), or gynecology (women's health).

What if I/my child need to see a special doctor?

The Primary Care Provider can help you decide if you need to see a specialist. In general, you cannot go to another doctor or get a special service unless the Primary Care Provider agrees to make a referral.

What is a referral?

A referral is a request from your Primary Care Provider for you to see another doctor.

Who do I call if I have/my child has special health care needs and I need someone to help me?

Call Member Services to speak with a Case Manager. The Case Manager will help you.

How soon can I expect to be seen by a specialist/how soon can I expect my child to be seen by a Specialist?

You should be able to get an appointment within 30 days for non-urgent care or within 24 hours for urgent care.

How can I ask for a second opinion?

Driscoll Health Plan will pay for a second opinion. The Case Management staff will help you to get approval for a second opinion if one is needed. Call Member Services at **1-877-451-5598** to speak to a Case Manager.

What services do not need a referral?

You can get some services without going to your doctor first. These include:

- Emergency care
- Routine eye care
- OB/GYN Care
- Behavioral Health Services

It is good to let your doctor know when receiving care from other doctors.

Care that Requires a Health Plan Approval (Prior Authorization)

What is a Prior Authorization?

Some services will require your Primary Care Provider or other providers to contact Driscoll Health Plan to get approval before getting the service.

What services need Prior Authorization?

The services that need prior authorization are:

<ul style="list-style-type: none"> • All admissions to a hospital (except in an emergency situation, where telling Driscoll Health Plan within 24 hours of admission is required)
<ul style="list-style-type: none"> • Admission to a rehabilitation center
<ul style="list-style-type: none"> • Outpatient surgery
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation therapy (physical therapy, speech therapy, and occupational therapy)
<ul style="list-style-type: none"> • Home health services, including home intravenous therapy
<ul style="list-style-type: none"> • Referral to a Specialist doctor other than an OB/GYN or Mental Health doctor
<ul style="list-style-type: none"> • Durable Medical Equipment that cost over \$300
<ul style="list-style-type: none"> • Use of ambulance for medical transportation (not emergency transport)
<ul style="list-style-type: none"> • Asking for services by a provider who does not have a contract with Driscoll Health Plan
<ul style="list-style-type: none"> • Other forms of medical treatment (such as hypnosis, massage therapy)
<ul style="list-style-type: none"> • Some outpatient diagnostic testing
<ul style="list-style-type: none"> • Clinician administered drugs

For authorization, you or your doctor may call the Member Services number toll-free at **1-877-451-5598**, Monday-Friday, 8 a.m. to 5 p.m., CST. If there is no authorization for the service, you might have to pay for it.

You have a right to know the cost of any service before you or your child receives that service. If you agree to get services that DHP does not cover or authorize, you might have to pay for them.

Your/your child’s hospital stay is reviewed every day. Services might be reviewed after they are delivered or paid.

How long will it take to process a routine authorization?

Routine authorizations will be processed within three business days. It could take up to 14 days if we need more information from your doctor.

How do I know if my services have been approved or denied?

Driscoll Health Plan will mail you a letter letting you know if the request for services has been approved or denied. You will be notified within three business days if all supporting medical information has been provided with the request. If we must request supporting medical information from the ordering provider, you will be notified within 3-14 days. You can call Member Services toll-free at **1-877-451-5598** for more information.

References to “you,” “my,” or “I” apply if you are a CHIP Member. References to “my child” apply if your child is a CHIP Member or a CHIP Perinate Newborn Member.

What is Medically Necessary Care?

Covered services for CHIP Members, CHIP Perinate Newborn Members, and CHIP Perinate Members must meet the CHIP definition of “Medically Necessary.” A CHIP Perinate Member is an unborn child.

Medically Necessary means:

- (1) Health Care Services that are:
 - (a) reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical deformity or limitations in function, threaten to cause or worsen a disability, cause illness or infirmity of a Member, or endanger life;
 - (b) provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a Member’s health conditions;
 - (c) consistent with health care practice guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;

- (d) consistent with the Member’s diagnosis;
 - (e) no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
 - (f) not experimental or investigative; and
 - (g) not primarily for the convenience of the Member or provider; and
- (2) Behavioral Health Services that:
 - (a) are reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder, or to improve, maintain, or prevent deterioration of functioning resulting from such a disorder;
 - (b) are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
 - (c) are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which services can be safely provided;
 - (d) are the most appropriate level of supply of service that can be safely provided;
 - (e) could not be omitted without adversely affecting both the Member’s mental and physical health or the quality of care rendered;
 - (f) are not experimental or investigative; and
 - (g) are not primarily for the convenience of the Member or provider.

Getting Routine Care from a Doctor

What is Routine Care?

Routine care is for things like yearly well-child checkups, school exams, vaccines, and health screenings. Your Primary Care Provider will help with all your health care needs. Be sure to call your Primary Care Provider whenever you have a medical question or concern. Call your Primary Care Provider’s office to schedule your routine care.

How soon can I/my child expect to be seen?

You/your child should be able to get an appointment for routine care within two weeks.

It is important to keep your appointment. If you cannot keep an appointment, call to let your Primary Care Provider know.

What do I need to bring to a doctor’s appointment?

- ✓ Your Driscoll Health Plan Member ID card
- ✓ Your shot record
- ✓ Medications you are taking

How do I get medical care after my Primary Care Provider’s office is closed?

Your Primary Care Provider or another doctor is available by phone 24 hours a day, 7 days a week. If you get sick at night or on the weekend, you can call your Primary Care Provider’s office number for help. The office will have an answering service or message on how to contact your Primary Care Provider. Your Primary Care Provider should return your call within 30 minutes.

How do I get after-hours care?

You may also visit an in-network after-hours clinic or urgent care center for sudden illness. You should contact the Primary Care Provider’s office if you are unsure about going to an after-hours clinic or urgent care.

For a list of Driscoll Children’s Hospital Clinics and other after-hours clinics/urgent care centers, visit: driscollhealthplan.com/services/after-hours-care

Getting Urgent and Emergency Care

Urgent Medical Care

What is Urgent Medical Care?

Another type of care is urgent care. Some injuries and illnesses are probably not emergencies but can

become emergencies if they are not treated within 24 hours. Some examples are:

- A minor to moderate asthma attack
- Earaches, sore throat, muscle sprains/strains
- A minor illness with fever if a child is more than two months old
- A skin rash because of an insect bite

What should I do if my child is in need of urgent medical care?

If your child has an urgent need, call your child’s doctor first. Tell them your child’s symptoms and ask for an appointment as soon as possible. They will refer you to a hospital if your child needs emergency care. Some examples are minor burns, earaches, sore throat, or muscle sprains/strains. After hours or on the weekends, call your child’s doctor first and he or she will tell you what steps to take next. For help, call us toll-free at **1-877-451-5598**.

What should I do if I am in need of urgent medical care?

If you have an urgent medical need, you should call your doctor’s office first and your doctor will tell you what to do. In some cases, your doctor may tell you to go to an urgent care clinic. If your doctor tells you to go to an urgent care clinic, you do not need to call the clinic before going. You will need to go to a clinic that takes Driscoll Health Plan CHIP. For help, call us toll-free at **1-877-451-5598**.

How soon can I/my child expect to be seen?

You/your child should be able to see your/your child’s doctor within 24 hours for an urgent care appointment.

Emergency Medical Care

What is an Emergency, an Emergency Medical Condition, and an Emergency Behavioral Health Condition?

Emergency care is a covered service. Emergency care is provided for emergency medical conditions and emergency behavioral health conditions. “Emergency medical condition” is a medical condition characterized by sudden acute symptoms, severe enough (including severe pain), that would lead a person with average knowledge of health and medicine, to expect that the absence of immediate medical care could result in:

- placing the Member’s health in serious jeopardy;
- serious impairment to bodily functions;
- serious dysfunction of any bodily organ or part;
- serious disfigurement; or
- in the case of a pregnant CHIP Member, serious jeopardy to the health of the CHIP Member or her unborn child.

“Emergency behavioral health condition” means any condition, without regard to the nature or cause of the condition, which in the opinion of a person, possessing an average knowledge of health and medicine:

- requires immediate intervention or medical attention without which the Member would present an immediate danger to himself/herself or others; or
- renders the Member incapable of controlling, knowing, or understanding the consequences of his or her actions.

What is Emergency Services or Emergency Care?

“Emergency services” and “emergency care” mean health care services provided in an in-network or out-of-network hospital emergency department,

CHIP Member Services: 1-877-451-5598

freestanding emergency medical facility, or other comparable facilities by in-network or out-of-network doctors, providers, or facility staff to evaluate and stabilize emergency medical conditions or emergency behavioral health conditions. Emergency services also include any medical screening examination or other evaluation needed by state or federal law that is necessary to decide whether an emergency medical condition or an emergency behavioral health condition exists.

How soon can I/my child expect to be seen?

Emergency care is there for you 24 hours a day, 7 days a week.

What do I do if I need/my child needs Emergency Dental Care?

During normal business hours, call your child’s main dentist to find out how to get emergency services. If your child needs emergency dental services after the main dentist’s office has closed, call Member Services toll-free at **1-877-451-5598**.

What is post-stabilization?

Post-stabilization care services are services covered by CHIP that keep the Member’s condition stable following emergency medical care.

Out of Area Doctor Appointments

If you need to see a doctor out of area, contact Member Services. All out of area appointments require prior authorization.

What if I or my child get sick when we are out of town or traveling?

If you/your child need medical care when traveling, call Member Services toll-free at **1-877-451-5598** and we will help you find a doctor.

If you/your child need emergency services while traveling, go to a nearby hospital, then call Member Services toll-free at **1-877-451-5598**.

CHIP MEMBER HANDBOOK

What if I am/my child is out of the state?




If you have an emergency while out of the state, go to the nearest emergency room.

What if I am/my child is out of the country?

Medical services performed out of the country are not covered by CHIP.

CHIP MEMBER HANDBOOK

When Should I Go See My Doctor, Urgent Care or the Emergency Room (See Table)

Health Care Provider	Why would I use this Health Care Provider?	What type of services would they provide?	How long should I expect to wait?
<p>Primary Care Provider (PCP)</p> 	<p>A Primary Care Provider knows your health history. Your primary care doctor sees you for regular checkups, treats you for urgent care matters, prescribes medicine or supplies you may need, and refers you to a specialist when you need one. Call your Primary Care Provider whenever possible and they will refer you to an Urgent Care Center or Hospital, if needed.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Well-child checkups • Vaccines • Follow-up checkup • Flu shots • Pregnancy tests • Treatment of minor skin conditions 	<p>You/your child should be able to be seen for routine care within two weeks. There may be reduced wait times with a scheduled appointment.</p>
<p>Urgent Care Center</p> 	<p>Urgent care centers provide treatment when you have an injury or illness that requires immediate care, but is not serious enough to go to the emergency room. You should also go to an urgent care center if your primary care doctor is not available.</p>	<p>Treatment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Earache • Minor/common infections (e.g., strep throat) • Minor cuts • Sprains/Strains • Minor broken bones • Minor burns 	<p>You/your child should be seen within 24 hours. Urgent Care Centers are often open after regular doctor's office hours. Walk-ins are welcome, but waiting periods may vary.</p>
<p>Emergency Room (ER)</p> 	<p>Emergency rooms provide immediate treatment of life-threatening conditions. If you have severe symptoms or believe your condition is life-threatening, you should go to the emergency room or call 911.</p>	<p>Treatment of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shortness of breath • Chest or abdominal pain • Large open wounds • Major burns • Severe head injury • Major broken bones • Uncontrolled bleeding • Criminal attack (mugging, rape, stabbing, gunshot) • Poisoning or overdose of medications or alcohol • Danger to self or others • Severe allergic reaction or bitten by an animal 	<p>You/your child can be seen 24 hours a day, 7 days a week. However, waiting times may be longer because patients with life-threatening emergencies will be treated first.</p>

*Taking Care of Yourself and Your Family
Preventative Health or Self-Management*

Health Education

What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?

We want you to stay healthy. Driscoll Health Plan provides information on things such as:

- Vaccines
- Well-Child checkups
- Diabetes
- Asthma
- Pregnancy

You can get this information from the:

- Member Handbook or Welcome Packet
- Member newsletter
- DHP's website
- Case Managers and Social Workers

Health Education Text Messages

DHP will send health education text messages. Members may opt-out at any time. Restrictions and limitations may apply. To learn more, please call Member Services.

Care for Infants and Children

Newborn Care

Can I pick a Primary Care Provider for my baby before the baby is born?

Yes. Call Member Services and pick a Primary Care Provider for the baby.

How and when can I switch my baby's Primary Care Provider?

If you do not pick a Primary Care Provider for your baby, Driscoll Health Plan will pick a doctor for your baby. You can call Member Services if you would like to choose another Primary Care Provider.

For CHIP Perinatal Members

How do I get coverage for my newborn baby?

If you meet certain income requirements, your baby will be moved to Medicaid and get 12 months of continuous Medicaid coverage from date of birth.

Your baby will keep getting services through the CHIP Program if you meet the CHIP Perinatal requirements. Your baby will get 12 months of continuous CHIP Perinatal coverage through his or her health plan, beginning with the month of enrollment as an unborn child.

How and when do I tell Driscoll Health Plan and my Caseworker?

It is important to call Member Services as soon as your baby is born. We can help you get health services for your baby. Call your caseworker by calling 2-1-1 or 1-877-541-7905 after your baby is born. They will be able to answer questions about your baby's benefits.

Can I switch my baby's health plan?

For at least 90 days from the date of birth, your baby will be covered by the same health plan that you are enrolled in. You can ask for a health plan change before the 90 days is up by calling the Enrollment Broker at 1-800-964-2777. You cannot change health plans while your baby is in the hospital.

Well-Child Checkups

What are Well-Child Checkups?

Well-child checkups provide medical and dental preventative care for CHIP children birth through age 18. These checkups are at no cost to you.

Well-child checkups give your child:

- Medical checkups starting at birth, at no cost
- Dental checkups starting at six months of age, at no cost

Why is the Well-Child Checkup important?

This checkup is very important and helps your child stay healthy. You may find health problems before they get worse and harder to treat. It can help prevent health problems that make it hard for your child to learn and grow. It also helps your child have a healthy smile.

Please call your child’s doctor as soon as possible to schedule this appointment. If you need help scheduling your appointment, please call Member Services.

If your child’s doctor or dentist finds a health problem during a checkup, your child can get the care they need such as:

- Eye exams and glasses
- Hearing tests and hearing aids
- Other health and dental care

When should my child get a Well-Child Checkup?

Schedule for when to get well-child checkups	
Birth to 1 Year	1 and older
<p>Babies need checkups at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 to 5 days old • 1 to 2 weeks old • 2 months old • 4 months old • 6 months old • 9 months old <p>Doctors check if babies are healthy and growing normally.</p> <p>Dental checkups start at age 6 months. The dentist will put fluoride on your child’s teeth at this time. PCP’s can do dental varnish as well.</p>	<p>Young children need checkups at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 months old • 15 months old • 18 months old • 24 months old • 30 months old • 3 and older or shortly after your child’s birthday <p>The doctor checks your child’s hearing and vision at this time.</p> <p>Your child needs dental checkups every 6 months.</p>
5 to 10 Years	11 to 19 Years
<p>Older children need checkups once per year. Schedule the visit on your child’s birthday as an easy way to remember.</p> <p>The dentist may coat your child’s teeth with sealants to help avoid tooth rot.</p>	<p>Teens and young adults need checkups once per year. Schedule the visit on your child’s birthday as an easy way to remember.</p> <p>Your doctor may talk to your child about how to lead a healthy lifestyle.</p>

Immunizations (Vaccines)

Why is it important to get immunizations?

Immunizations are vaccines provided by the Primary Care Provider. Infants are most at risk of getting infectious diseases like mumps and measles. These vaccines help to prevent the spread of disease and protect infants and children against dangerous complications.

Driscoll Health Plan wants to help keep you and your family healthy. We want you to get all your vaccines when you are supposed to.

During the first year, you should take your child to the doctor every few months for their well-child checkups. At that time, they will get their vaccines.

Driscoll Health Plan will pay for you and your child's vaccines. It will not cost you any money.

It is up to you to schedule an appointment for you and your child to get these vaccines. Your provider can help you set up regular visits so that you can stay on track and get all your vaccines.

To review the most current charts, go to the CDC website at: [cdc.gov/vaccines](https://www.cdc.gov/vaccines)

You can also go to the Driscoll Health Plan website at:

driscollhealthplan.com/immunization-schedules

Women's Health

What if I need/my daughter needs OB/GYN Care?

Do I have the right to choose an OB/GYN?

You have the right to pick an OB/GYN for yourself or your daughter without a referral from your/your daughter's Primary Care Provider. An OB/GYN can give you:

- One well-woman checkup each year.
- Care related to pregnancy.
- Care for any female medical condition.

- Referral to a special doctor (specialist) within the network.

Driscoll Health Plan allows you or your daughter to pick any OB/GYN, whether that doctor is in the same network as your/your daughter's Primary Care Provider or not.

How do I choose an OB/GYN?

To choose an OB/GYN, call Member Services. You can also have the OB/GYN doctor be your Primary Care Provider. If you want the OB/GYN doctor to be your Primary Care Provider, call Member Services.

If I do not choose an OB/GYN, do I have direct access or will I need a referral?

You have the right to choose an OB/GYN for yourself or your daughter without a referral from your/your daughter's Primary Care Provider.

Will I need a referral?

No, you will not need a referral from your Primary Care Provider to see an OB/GYN doctor.

How soon can I/my daughter be seen after contacting an OB/GYN for an appointment?

You should be able to get an appointment within two weeks of your request.

Can I/my daughter stay with an OB/GYN who is not with Driscoll Health Plan?

If you are at least six months pregnant, you can stay with the same OB/GYN doctor even if the doctor is not with Driscoll Health Plan. To learn more, call Member Services.

Exams and Screenings

Driscoll Health Plan provides routine exams and screenings for you. CHIP may not provide certain services. The Healthy Texas Women Program can help supplement certain female needs. To learn more, please visit: healthytexaswomen.org

Mammograms

A mammogram is a breast x-ray. It screens you for breast cancer. The exam helps reduce the number of cancer cases and increases the survival rate. A mammogram can find breast cancer before symptoms even happen.

The American Cancer Society recommends yearly mammograms starting at age 40. Women in their 20s and 30s need a clinical breast exam every three years. Some women may need earlier screenings if there is family history or other risk factors.

Care for Pregnant Women

What if I am pregnant/what if my daughter is pregnant?

It is very important that you call Driscoll Health Plan to tell us you are pregnant and what doctor you selected to see.

Who do I need to call?

Call Member Services if you are pregnant. It is very important to start prenatal care immediately.

Care During Pregnancy

There are many things you can do to have a healthy pregnancy and a healthy baby. Some of the things that you can do to stay healthy are:

- Get a prenatal visit within 42 days of joining Driscoll Health Plan or within the first three months of your pregnancy.
- Tell your provider about your pregnancy history.
- Do not smoke, drink, or misuse prescription drugs.
- Take prenatal vitamins.
- Eat healthy.
- Take good care of your teeth and get regular dental checkups.

Case Management for Pregnant Women

Case Management for Pregnant Women provides services to high-risk pregnant women of all ages. Our nurses will help with any medical, social, or educational service that you might need. A nurse case manager will:

- Get in touch with you by phone or mail.
- Help you find an OB/GYN doctor.
- Evaluate your health care needs.
- Provide education on pregnancy.
- Help coordinate special needs visits and transportation.

Call Driscoll Health Plan's Case Management at **1-877-222-2759** if you have questions or need help.

Services and Education for Pregnant Members

Get Ready for Baby - Educational Baby Showers

Driscoll Health Plan wants to help keep your baby from being born too early. Each month we have baby showers. You can sign up for one scheduled class. Classes may be available at select locations, in person, or virtual. At the baby showers, we teach you about:

- Eating healthy and breastfeeding.
- How smoking, alcohol, and drugs can affect you and your baby.
- What to look for if there are problems during your pregnancy.
- The seven signs of premature labor and when to get help.
- Things you can expect during labor and delivery of your baby.

The Get Ready for Baby Program also offers:

- Nutritional Counseling (at no cost)
- Breastfeeding Consultations (at no cost)

For a listing of our Baby Showers and Parenting classes, please visit:

driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby

Text4baby Program

Get free text messages on your cell phone each week. The Text4baby messages will give you tips about being pregnant and more. To sign up, text the word BABY to 511411. You can also sign up using the Text4baby app. Download it for free on Google Play or App Store. Learn more at: text4baby.org

Zika Virus

What is the Zika Virus?

The Zika virus is spread mostly through the bite of an infected mosquito. The Zika virus can be spread from a pregnant mother to her child and through sexual contact with an infected male partner.

Where is the Zika Virus?

Zika virus outbreaks are present in many countries. Within the United States, the Zika virus may be present in the counties of South Texas.

Who is at risk?

During pregnancy, the Zika virus can cause birth defects, including a rare brain condition in which a baby's head is smaller than normal.

What are the symptoms?

Symptoms are flu-like. The illness linked with Zika is usually mild with symptoms lasting for many days to a week. The most common symptoms of Zika are fever, rash, joint pain, and pink eye.

At this time, all pregnant women should have a screening during pregnancy. Those with concerns should see their Primary Care Provider or OB provider.

How can I protect myself from the Zika Virus?

At this time, no vaccine exists to prevent the Zika virus, but there are ways to protect yourself. All pregnant women should apply mosquito spray/lotion while pregnant. Mosquito spray/lotion is safe when applied properly and is safe for the

fetus. Always read the instructions on the label before using. Wearing protective clothing can help as well. In addition, because the virus can be sexually transmitted, it is recommended that all pregnant women in these affected areas also have their partners wear condoms.

How can I get mosquito spray/lotion?

You can get mosquito spray/lotion at no cost to you. Get a prescription from your doctor. Then, take that prescription to your pharmacy, and they will give you the mosquito repellent. To learn more, visit: txvendordrug.com/about/manuals/pharmacy-provider-procedure-manual/p-9-formulary-coverage/mosquito-repellents

Breast Pumps

Why you would need a breast pump?

- Your baby is premature and unable to suck.
- Your baby has severe feeding problems.
- You can't make enough milk supply because of illness.
- You and your baby are separated.
- You had more than one baby.
- For other reasons as approved by Driscoll Health Plan.

How do I get a breast pump?

No Approval Needed If:

- Your doctor gives you a prescription for a manual or electric single breast pump that costs \$300 or less.
- You can get a prescription after baby is born for up to 12 months after delivery.

Approval Needed If:

- Your doctor gives you a prescription for an electric or hospital-grade breast pump that costs more than \$300.

CHIP MEMBER HANDBOOK

- You had more than one breast pump per pregnancy or within three years, whichever is greater.
- Your doctor will have to get approval from Driscoll Health Plan.

Where can I get a breast pump?

Driscoll Health Plan covers breast pumps with a prescription from your doctor. You can get a breast pump from:

- aeroflowbreastpumps.com
- breastpumpdepot.com
- Driscoll Health Plan Network Pharmacy
- Durable Medical Equipment Provider

To find a participating pharmacy or provider go to driscollhealthplan.com or call Member Services for help.

Help After Pregnancy

Postpartum Medicaid Coverage Extension

Texas Health and Human Services Commission (HHSC) will provide 12 months of postpartum CHIP (Children's Health Insurance Program) coverage. The 12 months of postpartum coverage begins the month after a pregnancy has ended.

Who is eligible for the extended postpartum coverage?

- CHIP members who are pregnant or become pregnant and a woman who enrolls because they become pregnant.
- CHIP members who were enrolled while pregnant or are no longer pregnant but are still within their 12-month postpartum period.
- Women who transitioned from CHIP to Healthy Texas Women (HTW) after their pregnancy ended and who are within their

12-month postpartum period will be reinstated to full coverage with CHIP.

CHIP Perinatal (CHIP-P) recipients are not eligible for 12 months of postpartum coverage. They will continue to receive CHIP-P coverage through the end of the month when their pregnancy ends, plus two postpartum visits.

Do I need to reapply to get the extended postpartum coverage?

If you are a CHIP member, you do not need to apply to extend your coverage. You will get a notice by mail or through Your Texas Benefits account.

Your coverage will be reinstated for the remainder of the 12-month postpartum period if you are not a current CHIP member. You must have also been enrolled in CHIP while pregnant, be within your 12-month postpartum period, and still be a resident of Texas.

What other CHIP-covered services can I get during the extended postpartum period?

These include but are not limited to:

- Regular medical checkups.
- Prescription drugs and vaccines.
- Hospital care and services.
- X-rays and lab tests.
- Vision and hearing care.
- Access to medical specialists and mental health care.
- Treatment of special health needs and preexisting conditions.

Is there a reason I may not be covered during the extended postpartum period?

You may not be covered if you:

- voluntarily withdraw
- move out of Texas
- become ineligible because of fraud, abuse, or perjury
- die

CHIP MEMBER HANDBOOK

To learn more about the postpartum extended coverage, visit hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-programs-services/medicaid-pregnant-women-chip-perinatal or call 2-1-1 and choose Option 2.

Postpartum Visit

It is important for you to take care of yourself even after your baby is born. Call your doctor to schedule your postpartum checkup as soon as possible. Your checkup should be completed within 7-84 days of having your baby.

During your postpartum visit, you could talk to your doctor about:

- Your feelings
- Breast health
- Weight loss
- Exercise
- Maternal warning signs you may have during the postpartum period

Some women may experience pregnancy-related complications for up to a year after pregnancy. These complications may become life-threatening if not identified and treated timely.

The Hear Her Campaign provides information about common conditions that may increase maternal health risks. To learn more, visit cdc.gov/hearher/index.html

Postpartum Education

After delivery, we offer new moms a home visit and a parenting class. During this visit and class, you will learn about things such as:

- Importance of a postpartum checkup
- Newborn checkups
- Basic newborn care
- Getting vaccines
- Safety tips

Healthy Texas Women

Healthy Texas Women (HTW) offers services from annual exams and family planning to disease screenings and treatments.

- HTW provides health and family planning services to women 18-44 at no cost.
- HTW also provides services to women between the ages of 15 to 17 years old and have a parent or legal guardian who apply, renew, and report changes to your case on your behalf.
- The Family Planning Program provides family planning and reproductive healthcare to eligible women and men ages 14 and younger at low or no cost.
- Breast and Cervical Cancer Services may also be available to help women get cancer screenings and health services.

To learn more about services available through the Healthy Texas Women, write, call, or visit the program's website:

Healthy Texas Women

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

Toll-free Number: 1-866-993-9972

Fax Number: 1-866-993-9971

Website: healthytexaswomen.org

Case and Disease Management

What is Case Management?

Case Management helps you manage your health care needs. Driscoll Health Plan offers you one-on-one nurse coaching and helps with obtaining other resources.

What is Disease Management?

Disease Management helps you manage your health. Our Case Managers will help you if you have asthma, diabetes, mental, and other types of illness.

We will work with you and your doctor to keep you on track. We will remind you about the preventative care you need to stay healthy.

What is Early Childhood Intervention (ECI)?

ECI is a program for children, birth to three, who have disabilities, developmental delays, suspected delays, or are at risk for having delays. ECI also works with babies that may have failed their hearing screening or vision screenings to ensure that they prevent delays in the child’s development. ECI provides evaluations at no cost. ECI will help children get needed services such as physical therapy, occupational therapy, speech therapy, and behavior intervention. ECI services end on your child’s 3rd birthday, but some children leave before they turn 3 years old. ECI also offers transition services when the child turns 3 years of age.

Driscoll Health Plan’s Case Management will coordinate with local ECI Programs in creating a plan for your child.

Do I need a referral?

You can self-refer and do not need a referral from a Primary Care Provider.

Where do I find an ECI Provider?

You can call Case Management to learn more at **1-877-222-2759** for assistance in locating an ECI Provider.

Members with Special Healthcare Needs (MSHCN)

Driscoll Health Plan identifies Members with Special Health Care Needs (MSHCN). This includes Members with disabilities, chronic medical, and behavioral health conditions.

Members are offered case management services. Case Managers will work with families and health care providers to create a care plan. This care plan will include preventive care, primary care, and other health care services a member may need.

CHIP Member Services: 1-877-451-5598

Behavioral Health Case Management

What are mental health rehabilitation services and mental health targeted case management?

You will receive the following mental health services as part of the managed care benefit package:

- Targeted case management
- Mental health rehabilitative services

Services included in mental health rehabilitation:

- Crisis intervention services
- Medication training and support services
- Psychosocial rehabilitative services
- Skills training and development services
- Day programs for acute needs

For help to get this service call Case Management toll-free at **1-877-222-2759**.

Behavioral Health

How do I get help if I have a behavioral (mental) health disorder?

You can get help with mental health and substance use disorder. If you need help, call the Behavioral Health Hotline at 1-833-532-0218. You can call 24 hours a day, 7 days a week. You must pick a provider within our Behavioral Health Network.

These services are private, so you don’t need a Primary Care Provider to agree to these services.

If you have an emergency related to mental health problems or substance misuse, go to the nearest hospital emergency room, or call **911** for an ambulance.

Mental Health Services

How do I/my child get mental health rehabilitation services and mental health-targeted case management?

Call Member Services for help.

Substance Misuse Services

If you need substance misuse services, you should call the Behavioral Health Hotline at 1-833-532-0218. You can call Member Services for help, as well.

Do I need a referral for this?

You can go to a Driscoll Health Plan provider without a referral from your Primary Care Provider.

Mental Health Parity and Addiction Equity Act

Driscoll Health Plan follows all laws and regulations of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act. It protects against unfair and unequal treatment regarding benefits provided by our plan.

Special Services

Interpreter Services

Can someone interpret for me when I talk with my/my child's doctor?

Yes. Your doctor's office will arrange for an interpreter to help you during your visit.

Who do I call for an interpreter?

Call your doctor's office for help.

How far in advance do I need to call?

Language interpreter services held over the phone do not require advance notice.

How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?

The interpreter your doctor's office arranges for you can be someone that comes to the office. Contact your doctor's office at least 48 hours in advance to make these arrangements.

Benefits and Services

References to "you," "my," or "I" apply if you are a CHIP Member. References to "my child" apply if your child is a CHIP Member or a CHIP Perinate Newborn Member.

What are my/my child's CHIP benefits?

For a full list of benefits please see the Benefits Table that follows.

How do I/my child get these services/how do I get these services for my child?

Call Member Services at **1-877-451-5598**. We will be happy to explain how you or your child can get these benefits.

Are there any limits on any covered services?

For any limits to any services, see the list of covered services in the benefits table that is located on pages 28-42.

What are the CHIP Perinate Newborn benefits?

For the CHIP Perinatal Newborn, the benefits are the same as for CHIP Members. For the mother of the CHIP Perinatal Newborn, see the CHIP Perinate Program Member Handbook.

How do I get these services for my child?

The CHIP Perinatal Newborn will begin CHIP services at birth.

What benefits does my baby receive at birth?

The benefits for your newborn baby, which qualifies as a CHIP Member, will be the same benefits as CHIP Members.

What services are not covered?

A list of services not covered by CHIP is on pages 47-48 of this handbook.

Members may ask for a review of services that are not covered. Members may also ask for a review of services when their benefit limit has been reached. DHP may review the request for services on a case-by-case basis. Approvals are based on medical necessity, cost, and whether it will benefit the member's health. DHP will require you to provide clinical documentation to support the medical necessity of the services.

Concurrent Enrollment of a Family Member in CHIP and CHIP Perinatal

If you have other children enrolled in the CHIP Program, they will be moved to Driscoll Health Plan. Copayments, cost-sharing, and enrollment fees still apply to children enrolled in the CHIP Program. An unborn child who is enrolled in CHIP Perinatal will be moved to Medicaid for 12 months of continuous Medicaid coverage, beginning on the date of birth, if the child lives in a family with an income at or below the Medicaid eligibility threshold. An unborn child will keep getting coverage through CHIP after birth as a “CHIP Perinate Newborn” if the child is in a family with an income above the Medicaid eligibility threshold.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Benefits Table

The following table contains information on your benefits, limitations, and co-pays:

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital-provided doctor or provider services • Semi-private room and board (or private if medically necessary as approved by attending) • General nursing care • Special duty nursing when medically necessary • ICU and services • Member meals and special diets • Operating, recovery, and other treatment rooms • Anesthesia and administration (facility technical component) • Surgical dressings, trays, casts, splints • Drugs, medications, and biologicals • Blood or blood products not provided free-of-charge to the Member and their administration • X-rays, imaging, and other radiological tests (facility technical component) • Laboratory and pathology services (facility technical component) • Machine diagnostic tests (EEGs, EKGs, etc.) • Oxygen services and inhalation therapy • Radiation and chemotherapy • Access to DSHS-designated Level III perinatal centers or hospitals meeting equivalent levels of care • In-network or out-of-network facility and Physician services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization for non-emergency care and following stabilization of an emergency condition • Requires authorization for in-network or out-of-network facility and doctors services for a mother and her newborn(s) after 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and after 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section 	<p>Applicable level of inpatient co-pay applies</p>

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital, doctor, and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care • Inpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero.) Inpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ dilation and curettage (D&C) procedures; ○ appropriate provider administered medications; ○ ultrasounds; and ○ histological examination of tissue samples. • Surgical implants • Other artificial aids including surgical implants • Inpatient services for mastectomy and breast reconstruction include: <ul style="list-style-type: none"> ○ all stages of reconstruction on the affected breast; ○ external breast prosthesis for the breast (s) on which medically necessary mastectomy procedure (s) have been performed; ○ surgery and reconstruction on the other breast to produce a symmetrical appearance; and ○ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. • Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit • Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and 		

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ both cleft lip and palate; or ○ both severe traumatic skeletal and congenital craniofacial deviations; or ○ severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, and both congenital syndromal conditions and tumor growth or its treatment 		
<p>Skilled Nursing Facilities (Includes Rehabilitation Hospitals)</p>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Semi-private room and board ● Regular nursing services ● Rehabilitation services ● Medical supplies and use of appliances and equipment furnished by the facility 	<ul style="list-style-type: none"> ● Requires authorization and doctor prescription ● 60 days per 12-month period limit 	<p>Co-pays do not apply</p>
<p>Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center) and Ambulatory Health Care Center</p>	<p>Services include, but are not limited to, the following services provided in a hospital clinic or emergency room, a clinic or health center, hospital-based emergency department, or an ambulatory health care setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● X-ray, imaging, and radiological tests (technical component) ● Laboratory and pathology services (technical component) ● Machine diagnostic tests ● Ambulatory surgical facility services ● Drugs, medications, and biologicals ● Casts, splints, dressings ● Preventive health services ● Physical, occupational, and speech therapy ● Renal dialysis ● Respiratory services ● Radiation and chemotherapy ● Blood or blood products not offered free-of-charge to the Member and the administration of these products ● Outpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in 	<p>May require prior authorization and doctor prescription</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Applicable level of co-pay applies to prescription drug services ● Co-pays do not apply to preventive services

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>utero.) Outpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ dilation and curettage (D&C) procedures; ○ appropriate provider administered medications; ○ ultrasounds; and ○ histological examination of tissue samples. <ul style="list-style-type: none"> ● Facility and related medical services, such as anesthesia, associated with dental care, when offered in a licensed ambulatory surgical facility ● Surgical implants ● Other artificial aids including surgical implants ● Outpatient services provided at an outpatient hospital and ambulatory health care center for a mastectomy and breast reconstruction as clinically appropriate, include: <ul style="list-style-type: none"> ○ all stages of reconstruction on the affected breast; ○ external breast prosthesis for breast(s) on which medically necessary mastectomy procedure(s) have been performed; ○ surgery and reconstruction on the other breast to produce a symmetrical appearance; and ○ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. ● Implantable devices are covered under Inpatient and Outpatient services and do not count towards the DME 12-month period limit ● Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies requiring surgical intervention and 		

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ both cleft lip and palate; or ○ both severe traumatic skeletal and congenital craniofacial deviations; or ○ severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, and both congenital syndrome conditions and tumor growth or its treatment 		
<p>Doctor / Doctor Extender Professional Services</p>	<p>Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services Services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● American Academy of Pediatrics recommended well-child exams and preventive health services (including but not limited to vision and hearing screening and immunizations) ● Doctor office visits, inpatient and outpatient services ● Laboratory, x-rays, imaging, and pathology services, including both technical component and professional interpretation ● Medications, biologicals, and materials administered in the doctor’s office ● Allergy testing, serum, and injections ● Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> ○ Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures including appropriate follow-up care ○ Administration of anesthesia by a doctor (other than a surgeon) or CRNA ○ Second surgical opinions ○ Same-day surgery performed in a hospital without an overnight stay ○ Invasive diagnostic procedures such as endoscopic examination ● Hospital-based doctor services (including doctor-performed technical and interpretative components) 	<p>May require authorization for specialty services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Applicable level of co-pay applies to office visits ● Co-pays do not apply to preventive visits or to prenatal visits after the first visit

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<ul style="list-style-type: none"> • Doctor and professional services for a mastectomy and breast reconstruction include: <ul style="list-style-type: none"> ○ all stages of reconstruction on the affected breast; ○ external breast prosthesis for the breast(s) on which medically necessary mastectomy procedure(s) have been performed; ○ surgery and reconstruction on the other breast to produce a symmetrical appearance; and ○ treatment of physical complications from the mastectomy and treatment of lymphedemas. • In-network and out-of-network doctor services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section • Doctor services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero.) Doctor services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ dilation and curettage (D&C) procedures; ○ appropriate provider administered medications; ○ ultrasounds; and ○ histological examination of tissue samples • Doctor services medically necessary to support a dentist providing dental services to a CHIP Member such as general anesthesia or intravenous (IV) sedation • Pre-surgical or post-surgical orthodontic services for medically necessary treatment of craniofacial anomalies 		

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>requiring surgical intervention and delivered as part of a proposed and clearly outlined treatment plan to treat:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ both cleft lip and palate; ○ both severe traumatic skeletal and congenital craniofacial deviations; or ○ severe facial asymmetry secondary to skeletal defects, and both congenital syndrome conditions and tumor growth or its treatment 		
<p>Prenatal Care and Pre-Pregnancy Family Services and Supplies</p>	<p>Covered, unlimited prenatal and medically necessary care related to disease, illness, or abnormalities related to the reproductive system and limitations and exclusions to these services are described under inpatient, outpatient, and physician services. Primary and preventive health benefits do not include pre-pregnancy family reproductive services and supplies, or prescription medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care.</p>		
<p>Durable Medical Equipment (DME), Prosthetic Devices and Disposable Medical Supplies</p>	<p>Covered services include DME (equipment which can withstand repeated use and is primarily and customarily used to serve a medical purpose, generally is not useful to a person in the absence of illness, injury, or disability, and is appropriate for use in the home), including devices and supplies that are medically necessary and necessary for one or more activities of daily living and appropriate to help in the treatment of a medical condition, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orthotic braces and Orthotics ● Dental devices ● Prosthetic devices such as artificial eyes, limbs braces, and external breast prostheses ● Prosthetic eyeglasses and contact lenses for the management of severe ophthalmologic disease ● Hearing aids 	<ul style="list-style-type: none"> ● Requires prior authorization and doctor prescription ● \$20,000 per 12-month period limit for DME, prosthetics, devices, and disposable medical supplies (diabetic supplies and equipment are not counted against this cap) 	<p>Co-pays do not apply</p>

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis-specific disposable medical supplies, including diagnosis-specific prescribed specialty formula and dietary supplements 		
Birth Center Services	Covers birthing services provided by a licensed birthing center.	Limited to facility services (e.g. labor and delivery)	Co-pays do not apply
Services rendered by a Certified Nurse Midwife or Doctor in a licensed birthing center	Covers prenatal services and birthing services rendered in a licensed birthing center.	Limited to a licensed birthing center	Co-pays do not apply
Home and Community Health Services	<p>Services that are provided in the home and community, including, but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home infusion • Respiratory therapy • Visits for private duty nursing (R.N., L.V.N.) • Skilled nursing visits as defined for home health purposes (may include R.N. or L.V.N.) • Home health aide when included as part of a plan of care during a period that skilled visits have been approved • Speech, physical and occupational therapies 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization and doctor prescription • Services are not intended to replace the child's caretaker or to provide relief for the caretaker • Skilled nursing visits are provided on the intermittent level and not intended to provide 24-hour skilled nursing services • Services are not intended to replace 24-hour inpatient or skilled nursing facility services 	Co-pays do not apply
Inpatient Mental Health Services	<p>Mental health services, including for serious mental illness, furnished in a free-standing psychiatric hospital, psychiatric units of general acute care hospitals, and state-operated facilities, including but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropsychological and psychological testing 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization for non-emergency services • Does not require a Primary Care Provider referral • When inpatient psychiatric services, 	Applicable level of inpatient co-pay applies

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>are ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, about court ordered commitments to psychiatric facilities, the court order serves as binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination</p>	
<p>Outpatient Mental Health Services</p>	<p>Mental health services, including for serious mental illness, provided on an outpatient basis, including but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The visits can be furnished in a variety of community-based settings (including school and home-based) or in a state-operated facility • Neuropsychological and psychological testing • Medication management • Rehabilitative day treatments • Residential treatment services • Sub-acute outpatient services (partial hospitalization or rehabilitative day treatment) • Skills training (psycho-educational skill development) 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization • Does not require Primary Care Provider referral • When outpatient psychiatric services are ordered by a court of competent jurisdiction under the provisions of Chapters 573 and 574 of the Texas Health and Safety Code, about court-ordered commitments to psychiatric facilities, the court order serves as binding determination of 	<p>Applicable level of co-pay applies to office visits.</p>

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Qualified Mental Health Professional – Community Services (QMHP-CS), is defined by the Texas Department of State Health Services (DSHS) in Title 25 T.A.C., Part I, Chapter 412, Subchapter G, Division 1), §412.303(48). QMHP-CSs shall be providers working through a DSHS-contracted Local Mental Health Authority or a separate DSHS-contracted entity. QMHP-CSs shall be supervised by a licensed mental health professional or doctor and provides services in accordance with DSHS standards. Those services include individual and group skills training (that can be components of interventions such 	

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		<p>as day treatment and in-home services), Member and family education, and crisis services</p>	
<p>Inpatient and Residential Substance Abuse Treatment Services</p>	<p>Inpatient substance abuse treatment services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inpatient and residential substance abuse treatment services including detoxification and crisis stabilization, and 24-hour residential rehabilitation programs. • When inpatient and residential substance use disorder treatment services are required as: <ol style="list-style-type: none"> 1) a court order, consistent with Chapter 462, Subchapter D of the Texas Health and Safety Code; or 2) as a condition of probation. • The court order serves as a binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. • These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UCM Section 16.1 15.2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization for non-emergency services • Does not require a Primary Care Provider referral. 	<p>Applicable level of inpatient co-pay applies</p>
<p>Outpatient Substance Abuse Treatment Services</p>	<p>Outpatient substance abuse treatment services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevention and intervention services that are offered by doctor and non-doctor providers, such as screening, assessment, and referral for chemical dependency disorders • Intensive outpatient services • Partial hospitalization • Intensive outpatient services is defined as an organized non-residential service providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training that consists of at 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires prior authorization • Does not require Primary Care Provider referral • Outpatient treatment services up to a maximum of: • Intensive outpatient program (up to 12 weeks per 12-month period) 	<p>Applicable level of co-pay applies to office visits</p>

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
	<p>least 10 hours per week for four to 12 weeks, but less than 24 hours per day</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outpatient treatment service is defined as consisting of at least one to two hours per week providing structured group and individual therapy, educational services, and life skills training • When outpatient and residential substance use disorder treatment services are required as: <ol style="list-style-type: none"> 1) a court order, consistent with Chapter 462, Subchapter D of the Texas Health and Safety Code; or 2) as a condition of probation, the court order serves as a binding determination of medical necessity. Any modification or termination of services must be presented to the court with jurisdiction over the matter for determination. • These requirements are not applicable when the Member is considered incarcerated, as defined by UCMC Section 16.1 15.2. 	<ul style="list-style-type: none"> • Outpatient services (up to 6 months per 12-month period) 	
<p>Rehabilitation Services</p>	<p>Services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilitation (the process of supplying a child with the means to reach age-appropriate developmental milestones through therapy or treatment) and rehabilitation services include, but are not limited to, the following: • Physical, occupational and speech therapy • Developmental assessment 	<p>Requires prior authorization and doctor prescription</p>	<p>Co-pays do not apply</p>
<p>Hospice Care Services</p>	<p>Services include, but are not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliative care, including medical and support services, for those children who have 6 months or less to live, to keep patients comfortable during the last weeks and months before death • Treatment services, including treatment related to the terminal illness 	<ul style="list-style-type: none"> • Requires authorization and doctor prescription • Services apply to the hospice diagnosis • Up to a maximum of 120 days with a 6- 	<p>Co-pays do not apply</p>

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
		month life expectancy <ul style="list-style-type: none"> • Members electing hospice services may cancel this election at anytime • Services apply to the hospice diagnosis 	
Emergency Services, including Emergency Hospitals, Doctors, and Ambulance Services	Driscoll Health Plan cannot require authorization as a condition for payment for emergency conditions or labor and delivery. Covered services include but are not limited to, the following: <ul style="list-style-type: none"> • Emergency services based on prudent layperson definition of emergency health condition • Hospital emergency department room and ancillary services and doctor services 24 hours a day, 7 days a week, both by in-network and out-of-network providers • Medical screening examination • Stabilization services • Access to DSHS designated Level I and Level II trauma centers or hospitals meeting equivalent levels of care for emergency services • Emergency ground, air, or water transportation • Emergency dental services, limited to fractured or dislocated jaw, traumatic damage to teeth, removal of cysts, and treatment relating to oral abscess of tooth or gum origin 	May require authorization for post-stabilization services	Applicable co-pays apply to non-emergency room visits.
Case Management and Care Coordination Services	These services include outreach informing, case management, care coordination, and community referral.		

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
Transplants	Covered services include, but are not limited to, the following: <ul style="list-style-type: none"> • Using up-to-date FDA guidelines, all non-experimental human organ and tissue transplants and all forms of non-experimental corneal, bone marrow, and peripheral stem cell transplants, including donor medical expenses 	Requires authorization	Co-pays do not apply
Vision Benefit	Covered services include: <ul style="list-style-type: none"> • One (1) examination of the eyes to find the need for and a prescription for corrective lenses per 12-month period, without authorization • One (1) pair of non-prosthetic eyewear per 12-month period 	<ul style="list-style-type: none"> • The health plan may reasonably limit the cost of the frames/lenses. • Requires authorization for protective and polycarbonate lenses when medically necessary as part of a treatment plan for covered diseases of the eye. 	Applicable level of co-pay applies to office visits billed for the refractive exam
Chiropractic Services	Covered services do not require doctor prescription and are limited to spinal subluxation	<ul style="list-style-type: none"> • Requires authorization for twelve visits per 12-month period limit (regardless of number of services or modalities offered in one visit) • Requires authorization for additional visits 	Applicable level of co-pay applies to chiropractic office visits
Tobacco Cessation Programs	Covered up to \$100 for a 12-month period limit for a plan-approved program <ul style="list-style-type: none"> • Health Plan defines a plan-approved program • May be subject to formulary requirements 	Requires authorization	Co-pays do not apply

CHIP MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations	Co-Pay
Drug Benefits	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outpatient drugs and biologicals; including pharmacy-dispensed and provider-administered outpatient drugs and biologicals; and • Drugs and biologicals provided in an inpatient setting. 	Some drug benefits require prior authorization.	Applicable level of copay applies to pharmacy dispensed drug benefits.

Extra Benefits

What extra benefits do I get as a Member of Driscoll Health Plan?

When you join Driscoll Health Plan, you get Value-Added Services that Medicaid does not offer.

What is a Value-Added Service?

In addition to your regular health benefits, Driscoll Health Plan offers extra services to our Members at no cost. Driscoll Health Plan wants you and your family to stay healthy and enjoy life. Therefore, we offer a Value-Added Service for everyone in the family.

How can I get these benefits?

To learn more about our Value-Added Services please review the Value-Added Services table below. If you have any questions, please contact Member Services at **1-877-451-5598**.

For more information about vision services, contact your vision provider.

For more information about dental services, contact your dental provider.

For questions on how to get any of the Value-Added Services, contact Member Services at **1-877-451-5598**.

*These extra services are valid from September 1, 2024 through August 31, 2025

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions and/or limitations
Asthma	\$20 gift card after five months of continuous asthma controller medication refills.	<ul style="list-style-type: none"> • Must meet medical criteria • Refills must be continuous
	A set of hypoallergenic pillow and bed covers.	<ul style="list-style-type: none"> • Must meet medical criteria • One set per member, per year
	One-time sponsorship to Camp Easy Breathers.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 7 to 14 • Offered on a first-come, first-served basis • Must meet medical criteria • One sponsorship per member, per lifetime
Healthy Play and Exercise Program	Boys & Girls Club membership	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 6 to 18

CHIP MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions and/or limitations
		<ul style="list-style-type: none"> • Membership offered on a first-come, first-served basis • Locations include: Alice, Beeville, Corpus Christi, Kingsville, Robstown, and Victoria
Vision	\$150 allowance towards frames, lenses, or contact lenses every 2 years.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 2 to 18 • Limited to members who need glasses
Sports or School Physicals	One sports or school physical.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 4 to 18 • One physical per member, per year
Transportation	Rides to any local health-related visit or appointment. Includes: <ul style="list-style-type: none"> • Doctor appointments • Therapy appointments • Specialty appointments • Social Security Administration office • DHP sponsored events 	<ul style="list-style-type: none"> • Must be within the Nueces service area • Must be within a 25-mile radius, or upon approval • Request for a ride must be made two days prior to the visit • Up to 5 riders including DHP member and parent or attendant • Visits outside of Driscoll network or service area requires prior authorization by DHP
Health and Wellness	\$50 gift card for joining a health and wellness program. Includes: <ul style="list-style-type: none"> • Sports program • Gym membership • 5k race • Dance class • Art class • Yoga class • Music lessons 	<ul style="list-style-type: none"> • One gift card per member, per year • Must submit the receipt as proof of participation
	One first aid kit per family.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 2 to 5 • Must be a new member
	One activity tracker for weight management.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 10 to 18 • Must meet medical criteria • Must complete the physical fitness modules
	Lice removal treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Up to three visits per year • PCP referral is required • Participating clinics only • May treat family members if DHP member qualifies for treatment

CHIP MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions and/or limitations
Nurse Advice Line	Nurse Advice Line available 24 hours, 7 days a week.	
Help for members with Diabetes	Resistance bands	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 7 and older • Must meet medical criteria • Must be enrolled in case management • One set per member, per year
Behavioral Health	Up to \$60 in gift cards for completing a Triple P session.	<ul style="list-style-type: none"> • One \$20 gift card per class, up to three gift cards per family • Must be enrolled in Triple P session • Must complete each Triple P class • Must complete one age group per level • Limited to two different levels
	\$25 gift card for completing a mental health follow-up.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 6 years and older • Follow-up must be with a mental health practitioner • Must be within 7 days of the discharge from in-patient mental health hospital
Gift Programs	Up to \$75 in gift cards for completing a DHP or Case Management educational program.	<p><i>Classes may be available in person or virtual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Must be registered for classes • Must not be related to any other VAS
	\$25 gift card when you get a COVID-19 vaccine.	<ul style="list-style-type: none"> • Up to two gift cards per year • Must submit a copy of the vaccination card
	\$20 gift card for completing a Kids in Safety Seats class.	<ul style="list-style-type: none"> • Must complete a Kids in Safety Seats class • One gift card per family
	\$20 gift card for completing four on-time newborn Well-Child checkups.	<p>Must have four of the following Well-Child checkups:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 to 5 days • 2 weeks • 4 months • 6 months • 9 months
	\$20 gift card for completing a 12 and 15 month Well-Child checkup.	<p>Must have the following Well-Child checkups:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 months • 15 months

CHIP MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions and/or limitations
	\$20 gift card for completing a yearly Well-Child checkup.	Ages 2 to 19
	Menstrual cycle kit	<ul style="list-style-type: none"> Up to three kits per year Member must request kit
	Educational braille learning kit	<ul style="list-style-type: none"> Ages 0 to 5 Must meet medical criteria One per member, per year
<p>Extra help for pregnant members</p> <p>For a listing of our baby showers and parenting classes, visit: driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby</p> <p><i>Classes may be available at select locations, in person, or virtual.</i></p>	\$100 gift card for completing a DHP Get Ready for Baby educational baby shower.	One gift card per member, per pregnancy
	\$50 gift card for completing a postpartum checkup.	<ul style="list-style-type: none"> Must be within 7-84 days of delivery One gift card per member, per pregnancy
	\$25 gift card for completing a prenatal checkup.	<ul style="list-style-type: none"> Must be within the first trimester or within 42 days of joining DHP One gift card per member, per pregnancy
	\$20 gift card for completing a parenting class.	<ul style="list-style-type: none"> Must attend within 120 days of delivery One gift card per member, per pregnancy
	\$20 gift card for completing a home visit.	<ul style="list-style-type: none"> Moms must call to schedule a home visit Visit must be within 60 days of delivery Moms will complete a postnatal screening upon completion of class
	\$20 gift card for completing a Pregnancy Health Risk Assessment (HRA).	<ul style="list-style-type: none"> Must be a new pregnant member Must complete the Pregnancy HRA
	One year membership of SHIPT grocery delivery service for high-risk pregnant members.	Must be identified as having a high-risk pregnancy
	Nutritional counseling with a nutritionist.	<ul style="list-style-type: none"> Must not qualify for other nutritional counseling programs Must be a pregnant member
Lactation consultation	<ul style="list-style-type: none"> Must complete within 60 days of delivery Up to 2 sessions per pregnancy 	
Over-the-Counter Benefits	\$50 gift card for over-the-counter items.	<p>Ages 6 to 15 months</p> <ul style="list-style-type: none"> Must have 6 months of continuous eligibility

CHIP MEMBER HANDBOOK

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions and/or limitations
		<ul style="list-style-type: none"> • Must have completed two Well-Child checkups within 6 months • Must download and register in the DHP Mobile App <p>Ages 13 to 18 years</p> <ul style="list-style-type: none"> • Must have 6 months of continuous eligibility • Must have completed one Well-Child checkup within 12 months • Must download and register in the DHP Mobile App
	\$50 reimbursement for over-the-counter products to stop smoking and vaping.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 13 to 18 • One lifetime reimbursement • Only for products not covered by the Pharmacy Benefits Manager • Must submit proof of purchase
	Up to 20% discount on over-the-counter items at the Driscoll Children’s Hospital Pharmacy.	<ul style="list-style-type: none"> • Must show your DHP member ID card • CHIP covered benefits are not included

Exclusions

What services are not covered by Driscoll Health Plan?

- Inpatient and outpatient infertility treatments or reproductive services other than prenatal care, labor and delivery, and care related to disease, illnesses, or abnormalities related to the reproductive system
- Contraceptive medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care (e.g., cannot be prescribed for family planning)
- Personal comfort items including, but not limited to, personal care kits provided on inpatient admission, phone, television, newborn infant photographs, meals for guests of the patient, and another article that are not needed for the specific treatment of sickness or injury
- Experimental and investigational medical, surgical, or other health care procedures or services that are not generally employed or recognized within the medical community
- Treatment or evaluations needed by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance, or court other than a court of competent jurisdiction pursuant to the Texas Health and Safety Code Chapters 573, Subchapters Band C, 574, Subchapter D or 462, Subchapter D, and Texas Family Code Chapter 55, Subchapter D.
- Dental devices solely for cosmetic purposes
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to, artificial heart
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes unless otherwise pre-authorized by Driscoll Health Plan
- Prostate and mammography screening
- Elective surgery to correct vision
- Gastric procedures for weight loss
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care and doctor services for a mother and her newborn(s) for a minimum of 48 hours following an uncomplicated vaginal delivery and 96 hours following an uncomplicated delivery by caesarian section, and services provided by an FQHC, as provided for in Section 8.1.22 of the Contract
- Services, supplies, meal replacements, or supplements offered for weight control or the treatment of obesity, except for the services associated with the treatment for morbid obesity as part of a treatment plan approved by the Health Plan
- Medications prescribed for weight loss or gain
- Acupuncture services, naturopathy, and hypnotherapy
- Immunizations solely for foreign travel
- Routine foot care such as hygienic care
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses, and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses, or ingrown toenails)

CHIP MEMBER HANDBOOK

- Replacement or repair of prosthetic devices and durable medical equipment because of misuse, abuse, or loss when confirmed by the Member or the vendor
- Corrective orthopedic shoes
- Convenience items
- Over-the-counter medications
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes
- Custodial care (care that helps a child with the activities of daily living, such as help in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet preparation, and medication supervision that is usually self-administered or given by a parent. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.) This exclusion does not apply to hospice services.
- Housekeeping
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires to be given in a public facility or care given while in the custody of legal authorities
- Services or supplies received from a nurse, that do not require the skill and training of a nurse
- Vision training and vision therapy
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered except when ordered by a Doctor/Primary Care Provider
- Donor non-medical expenses
- Charges incurred as a donor of an organ when the recipient is not covered under this health plan
- Coverage while traveling outside the United States and U.S. Territories (including Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, And American Samoa)

CHIP MEMBER HANDBOOK

DME/Supplies

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

CHIP MEMBER HANDBOOK

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS/MEMBER CONTRACT PROVISIONS
			kit when includes all necessary items for one dressing site change.
Dressing Supplies/Decubitus	X		Able to get coverage only if receiving covered home care for wound care.
Dressing Supplies/Peripheral IV Therapy	X		Able to get coverage only if receiving home IV therapy.
Dressing Supplies/Other		X	
Dust Mask		X	
Ear Molds	X		Custom made, post inner or middle ear surgery.
Electrodes	X		Able to get coverage when used with a covered DME.
Enema Supplies		X	Over-the-counter supply.
Enteral Nutrition Supplies	X		Necessary supplies (e.g., bags, tubing, connectors, catheters, etc.) are eligible for coverage. Enteral nutrition products are not covered except for those prescribed for hereditary metabolic disorders, a non-function or disease of the structures that normally permit food to reach the small bowel, or malabsorption because of disease.
Eye Patches	X		Covered for patients with amblyopia.
Formula		X	<p>Exception: Able to get coverage only for chronic hereditary metabolic disorders a non-function or disease of the structures that normally permit food to reach the small bowel; or malabsorption because of disease (expected to last longer than 60 days when prescribed by the doctor and authorized by the plan.) Doctor documentation to justify prescription of formula must include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification of a metabolic disorder, dysphagia that results in a medical need for a liquid diet, presence of a gastrostomy, or disease resulting in malabsorption that requires a medically necessary nutritional product <p>Does not include formula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For Members who could be sustained on an age-appropriate diet • Traditionally used for infant feeding • In pudding form (except for people with documented oropharyngeal motor dysfunction who receive greater than 50 percent of their daily caloric intake from this product) • For the primary diagnosis of failure to thrive, failure to gain weight, or lack of growth or for infants less than 12 months of age unless medical necessity is documented and other criteria, listed above, are met

CHIP MEMBER HANDBOOK

SUPPLIES	COVERED	EXCLUDED	COMMENTS/MEMBER CONTRACT PROVISIONS
			Food thickeners, baby food, or other regular grocery products that can be blenderized and used with an enteral system that are <i>not</i> medically necessary, are not covered, regardless of whether these regular food products are taken orally or parenterally.
Gloves		X	Exception: Central line dressings or wound care given by home care agency.
Hydrogen Peroxide		X	Over-the-counter supply.
Hygiene Items		X	
Incontinent Pads	X		Coverage limited to children age 4 or over only when prescribed by a doctor and used to give care for a covered diagnosis as outlined in a treatment care plan.
Insulin Pump (External) Supplies	X		Supplies (e.g., infusion sets, syringe reservoir, and dressing, etc.) are eligible for coverage if the pump is a covered item.
Irrigation Sets, Wound Care	X		Able to get coverage when used during covered home care for wound care.
Irrigation Sets, Urinary	X		Able to get coverage for a person with an indwelling urinary catheter.
IV Therapy Supplies	X		Tubing, filter, cassettes, IV pole, alcohol swabs, needles, syringes, and any other related supplies necessary for home IV therapy.
K-Y Jelly		X	Over-the-counter supply.
Lancet Device	X		Limited to one device only.
Lancets	X		Able to get coverage for a person with diabetes.
Med Ejector	X		
Needles and Syringes/Diabetic			See Diabetic Supplies.
Needles and Syringes/IV and Central Line			See IV Therapy and Dressing Supplies/Central Line.
Needles and Syringes/Other	X		Able to get coverage if a covered IM or SubQ medication is being administered at home.
Normal Saline			See Saline, Normal.
Novopen	X		
Ostomy Supplies	X		Items eligible for coverage include belt, pouch, bags, wafer, faceplate, insert, barrier, filter, gasket, plug, irrigation kit/sleeve, tape, skin prep, adhesives, drain sets, adhesive remover, and pouch deodorant. Items not eligible for coverage include scissors, room deodorants, cleaners, rubber gloves, gauze, pouch covers, soaps, and lotions.

CHIP MEMBER HANDBOOK

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

Costs of Your DHP CHIP Insurance

What are co-payments? How much are they and when do I have to pay them?

Co-payments are part of the doctor's bill or prescription costs that you will have to pay. The following table lists the CHIP co-payment schedule according to the family income. Co-payments for medical services or prescription drugs are paid to the doctor's office or pharmacy at the time of service. You do not need to pay a co-payment for preventive care such as well-child or well-baby visits or immunizations. You do not need to pay a co-payment for pregnancy-related help.

Your child's health plan ID card lists the co-payments that apply to your family. Present your ID card when you receive office visits or emergency room services or have a prescription filled.

If you/your child's health plan card shows a co-pay requirement and you/your child is Native American or Alaskan Native, the Member should call Member Services to have card corrected.

Co-pay Facts:

You do not have to pay an enrollment fee or co-pay if you are:

- Native American
- Alaskan Native
- CHIP Perinate Member
- Have a CHIP Perinate Newborn

You do not have to pay a co-pay for:

- Well-baby checkups
- Well-child checkups
- Preventative checkups, including immunizations
- Pregnancy-related services
- Mental Health and Substance Use Disorder office visits
- Mental Health and Substance Use Disorder residential treatment services

CHIP MEMBER HANDBOOK

CHIP COST-SHARING TABLE	
	EFFECTIVE July 1, 2022
Enrollment fees (for 12-month enrollment period):	
	Charge
At or below 151% of FPL* or otherwise exempt from cost-sharing	\$0
Above 151% up to and including 186% of FPL	\$35
Above 186% up to and including 201% of FPL	\$50
Co-Pays (per visit):	
	Charge
At or below 151% FPL	
Office Visit (non-preventative) <i>No Co-Pay is applied for MH/SUD Office Visits.</i>	\$5
Non-Emergency ER	\$5
Generic Drug	\$0
Brand Drug	\$5
Facility Co-pay, Inpatient (per admission) No Co-Pay is applied for MH/SUD residential treatment services.	\$35
Cost-sharing Cap	5% (of family's income)**
Above 151% up to and including 186% FPL	
Office Visit (non-preventative) <i>No Co-Pay is applied for MH/SUD Office Visits.</i>	\$20
Non-Emergency ER	\$75
Generic Drug	\$10
Brand Drug	\$25 for insulin, \$35 for all other drugs***
Facility Co-pay, Inpatient (per admission) <i>No Co-Pay is applied for MH/SUD residential treatment services.</i>	\$75
Cost-sharing Cap	5% (of family's income)**
Above 186% up to and including 201% FPL	
Office Visit (non-preventative) <i>No Co-Pay is applied for MH/SUD Office Visits.</i>	\$25
Non-Emergency ER	\$75
Generic Drug	\$10
Brand Drug	\$25 for insulin, \$35 for all other drugs***
Facility Co-pay, Inpatient (per admission) <i>No Co-Pay is applied for MH/SUD residential treatment services.</i>	\$125
Cost-sharing Cap	5% (of family's income)**

*The federal poverty level (FPL) refers to income guidelines established annually by the federal government.

**Per 12-month term of coverage.

***Co-Pays for insulin cannot exceed \$25 per prescription for a 30-day supply, in accordance with Section 1358.103 of the Texas Insurance Code.

Health Care and Other Services Offered

References to “you,” “my,” or “I” apply if you are a CHIP Member. References to “my child” apply if your child is a CHIP Member or a CHIP Perinate Newborn Member

Dental Services

How do I get dental services for my child?

Driscoll Health Plan will pay for some emergency dental services in a hospital or ambulatory surgical center. Driscoll Health Plan will pay for the following:

- Treatment of a dislocated jaw.
- Treatment of traumatic damage to teeth and supporting structures.
- Removal of cysts.
- Treatment of oral abscess of tooth or gum origin.
- Treatment and devices for craniofacial anomalies.

Driscoll Health Plan covers hospital, physician, and related medical services for the above conditions. This includes services from the doctor and other services your child might need, like anesthesia or other drugs.

The CHIP medical benefit provides limited emergency dental coverage for dislocated jaw, traumatic damage to teeth, and removal of cysts; treatment of oral abscess of tooth or gum origin; treatment and devices for craniofacial anomalies; and drugs.

Your child’s CHIP dental plan provides all other dental services, including services that help prevent tooth decay and services that fix dental problems. Call your child’s CHIP dental plan to learn more about the dental services they offer.

Vision Services

How do I get eye care services/how do I get eye care services for my child?

Eye care services include one examination by an eye doctor per year. You or your child may get one pair of eyeglasses every two years. To learn more about eye exams or glasses, call our eye care vendor at 1-888-268-2334.

Pharmacy and Prescriptions

What are my prescription benefits?

Driscoll Health Plan covers most prescriptions or doctor orders. To learn more call Member Services.

How do I get my/my child’s medications?

CHIP covers most of the medicine your/your child’s doctor says you need. Your/your child’s doctor will either write a prescription so you can take it to the pharmacy, or your doctor may be able to send the prescription for you.

Exclusions include contraceptive medications prescribed only for the purpose to prevent pregnancy and medications for weight loss or gain.

You may have to pay a co-payment for each prescription filled depending on your income. There are no co-payments needed for CHIP Perinate Newborn Members.

How do I find a network pharmacy?

A network pharmacy can be found on the pharmacy network list at driscollhealthplan.com or contact Member Services for help finding a network pharmacy.

What if I go to a pharmacy not in-network?

The pharmacy can call the Pharmacy Help Line on the back of your ID card. They will help you find a pharmacy in the network.

What do I bring with me to the Pharmacy?

You will need to bring your Driscoll Health Plan ID card.

What if I need my/my child’s medications delivered to me?

Please call Member Services if you need to have your prescriptions delivered to your home. We will give you the number of a pharmacy that will deliver to you. There is no charge for this home delivery.

What if I need/my child needs an over-the-counter medication?

The pharmacy cannot give you an over-the-counter medication as part of your/your child’s CHIP benefit. If you need/your child needs an over-the-counter medication, you will have to pay for it.

What if I need/my child needs birth control pills?

The pharmacy cannot give you/your child birth control pills to prevent pregnancy. You/your child can only get birth control pills if needed to treat a medical condition.

Who do I call if I have problems getting my/my child’s medications?

Please contact Member Services with any problems getting medication.

What if I can’t get the medications my/my child’s doctor ordered approved?

If your/your child’s doctor cannot be reached to approve a prescription, you/your child may be able to get a three-day emergency supply of your/your child’s medication.

Call Driscoll Health Plan toll-free at **1-877-451-5598** for help with your/your child’s medications and refills.

What if I lose my/my child’s medication(s)?

You should keep your medications in a safe place. If you lose your medications, call Member Services.

We will work with your doctor and pharmacy to help you get a replacement.

How can I get a list of the prescriptions that are covered by my benefits?

A current list of covered drugs can be found at:

txvendordrug.com/formulary/formulary-search

You can also call Member Services if you need assistance.

Changing Health Plans

What if I want to change health plans?

You are allowed to make health plan changes:

- for any reason within 90 days of enrollment in CHIP;
- for any cause at any time;
- if you move to a different service delivery area; and
- during your yearly CHIP re-enrollment period.

Who do I call?

To learn more, call CHIP toll-free at 1-800-964-2777.

How many times can I change health plans?

A CHIP Member may change health plans at any time for these reasons:

- for any reason within 90 days of enrollment in CHIP;
- for any cause at any time; and
- during the yearly CHIP re-enrollment period.

When will my health plan change become effective?

The health plan change will become effective the following month after you requested the change.

Can Driscoll Health Plan ask that I get dropped from their health plan for non-compliance, etc.?

DHP may request that you be taken out of the health plan for “good cause.” Good cause could be:

1. Fraud or abuse by a Member
2. Threats or physical acts leading to harming DHP staff or providers
3. Theft
4. Refusal to go by DHP policies and procedures, like:
 - a. Letting someone use your CHIP ID card
 - b. Missing appointments to your provider over and over
 - c. Being rude or acting out against a provider or a DHP staff member
 - d. Keep using a doctor that is not a DHP provider

DHP will not ask you to leave the health plan without trying to work with you. If you have questions about this process, call Member Services at **1-877-451-5598**. The Texas Health and Human Services Commission will decide if a Member can be told to leave the program.

Other Important Information

What do I have to do if I move?

As soon as you have your new address, give it to HHSC by calling 2-1-1 or 1-877-541-7905. You can also update your account on yourtexasbenefits.com and call Driscoll Health Plan Member Services at **1-877-451-5598**. Before you get CHIP services in your new area, you must call Driscoll Health Plan Member Services, unless you need emergency services. You will keep getting care through Driscoll Health Plan until HHSC changes your address.

What if I get a bill from my doctor?

You may be responsible for co-pays or deductibles depending on your income. If you do get a bill, call

Member Services and we can help you. Have your Member ID card and the bill ready when you call.

Who do I call if I get a bill from my/my child’s doctor?

If you get a bill from your Primary Care Provider or other doctor, call Member Services at **1-877-451-5598** and someone will call the doctor’s office. We will help to explain your benefits and co-payments.

What information do they need?

When you call us, please have your/your child’s ID card and the provider’s bill ready. DHP Member Services will need these to help you.

What do I do if I have other Insurance in addition to CHIP? (Coordination of Benefits)

You need to tell Member Services staff about any other health insurance you have. You should call the Member Services number at **1-877-451-5598** to let us know.

Third-Party Insurance

Children cannot be covered by CHIP and other health insurance at the same time. Families that otherwise qualify for CHIP but have private insurance that costs greater than five percent of the family’s gross income must be able to drop the insurance before CHIP coverage can begin. Families with private health insurance that costs less than five percent of the family’s gross income are not able to get CHIP.

Injury Caused by Others

In an accident, your accident insurance must pay your bill. Call Member Services to let us know that you were in an accident so we can make sure your health care is paid for.

Member Satisfaction

Member Satisfaction Surveys

Each year we ask a few of our Members to participate in a Satisfaction Survey. The survey asks questions to see how happy you are with your care from Driscoll Health Plan and your provider. Your answers help us improve the care you get. To learn more about the results, call Member Services.

Member Advisory Group

Every three months we have Member Advisory Group meetings. This group meets to talk about things you would like us to do differently. You can also tell us what we can do better. Call Member Services if you want to be a member of this group.

Complaints and Appeals

Driscoll Health Plan Member Advocates are here to help you with writing complaints and help you through the complaint process. If you need help with an appeal, the Member Advocate can help you file an appeal and help you through the process. If you have a question about the covered services or preventative services of Driscoll Health Plan, just call **1-877-451-5598**.

Complaints

Complaint Process

What should I do if I have a Complaint?

We want to help. If you have a complaint, please call us toll-free at **1-877-451-5598** to tell us about your problem. A Driscoll Health Plan Member Advocate can help you file a complaint. Most of the time, we can help you right away or, at the most, within a few days. Driscoll Health Plan cannot take any action against you as a result of filing a complaint.

Driscoll Health Plan Complaint Procedures

You or someone acting on your behalf, and health care providers may file a written or oral complaint.

Use the phone number and address referenced on this page to file your oral or written complaint.

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Toll-free Number: 1-877-451-5598
Fax Number: 361-808-2725

Who do I call?

We want to help you. If you have a question about how to file a complaint, please call Member Services toll-free at **1-877-451-5598**.

Can someone from Driscoll Health Plan help me file a complaint?

Yes. Driscoll Health Plan Member Advocates can help you with filing a complaint.

What are the requirements and timeframes for filing a complaint?

You can make your complaint verbally or in writing. We will mail you a letter to let you know we received the complaint. This letter will be sent within five days of receiving your complaint. We will send you a form with this letter to complete and mail to us. This form will give us more details about your complaint but is not required. We will review it and notify you in writing of the outcome within 30 days.

All complaints are reviewed to make sure that there is a follow-up. They are also reviewed to make sure that timely answers are given.

How long will it take to process my complaint?

We will provide you an answer within 30 days of receiving your complaint.

If I am not satisfied with the outcome, who else can I contact?

If you are not satisfied with the answer to your complaint, you can also contact the Texas

Department of Insurance. You can call the number below or to make your request in writing send it to:

Texas Department of Insurance

Consumer Protection

P.O. Box 12030

Austin, Texas 78711-2030

Toll-free Number: 1-800-252-3439

Fax Number: 512-490-1007

If you can get on the internet, you can send your complaint in an email to:

tdi.texas.gov/consumer/get-help-with-an-insurance-complaint.html

Do I have the right to meet with a Complaint Appeal Panel?

You also have the right to appear before a Complaints Appeal Panel. This panel is made up of DHP employees, doctors, and other CHIP Members. The doctors on this panel were not involved with the original complaint response. The doctors will have experience in the care that is being reviewed. You may also submit a written appeal to the Complaints Appeal Panel. DHP will complete the appeals process by the 30th day after the date the written request for the appeal was received.

If your appeal is for an ongoing emergency or continued stay in the hospital, we will review this appeal quickly, depending on the immediacy of the case. We will respond no later than one business day after the request for appeal is received. Because of this urgent review, your appeal will be reviewed by a doctor or provider of similar specialty as the condition, procedure, or treatment your child received, and the doctor or provider will not have been involved with your child's care before.

Appeals

Appeal Process

What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered, but Driscoll Health Plan denies it or limits it?

There may be times when DHP's Medical Director denies or limits certain services. When this happens, you can file an appeal to review medical necessity for denial of services. For help with how to fill out the Member appeal form, call Member Services toll-free at **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-783-2989).

How will I find out if services are denied?

We will send you a letter if services are denied. The form to appeal the denial will be included. You do not have to return the form for us to process your appeal.

What are the timeframes for the appeal process?

- You can file an appeal within 60 days from the day you get the denial letter.
- We will send you a letter within five working days after getting your appeal.
- We will complete the review within 30 days.
- You have the right to ask for an independent /external review.

How do I submit an appeal?

- You or your provider may request an appeal orally or in writing.
- If you choose to submit an appeal in writing, you may use the appeal form that was included in the denial letter.
- A request for an oral appeal will be treated in the same manner as a written appeal. The date of the oral request will be treated as the filing date of the request.

Can someone from DHP help me file an Appeal?

Yes. Call us toll-free at **1-877-451-5598** for help with filing an appeal. A Member Advocate will help you.

Specialty Appeal

If you are not pleased with our decision, your provider of record may ask for a specialty appeal. A specialty appeal requests that a specific type of specialty provider review the case. The provider must request this type of appeal in writing within 10 working days from the date the appeal was requested or denied. The request will be reviewed by a health care provider in the same or similar specialty. This provider will have the knowledge of the medical condition, procedure, or treatment that is being reviewed. The specialty appeal will be completed, and we will send our written decision within 15 working days of receipt of the request for the specialty appeal.

Expedited MCO Appeal

What is an Expedited Appeal?

An expedited appeal is when the health plan has to make a decision quickly based on the condition of your health, and taking the time for a standard appeal could jeopardize your life or health.

How do I ask for an Expedited Appeal?

Call Member Services toll-free at **1-877-451-5598** to ask for an expedited appeal.

Who can help me file an Expedited Appeal?

If you need help filing this appeal, call Member Services and we will arrange for a Member Advocate to help you.

Does my request have to be in writing?

Your request does not have to be in writing. You or your doctor can call us to request this type of appeal orally.

What are the timeframes for an Expedited Appeal?

Your request will be reviewed, and a verbal response will be given to you and your doctor within one day of asking for the appeal. We will send you a

letter within 72 hours with the response. This letter will approve or deny the request for an Expedited Appeal.

What happens if DHP denies the request for an Expedited Appeal?

If DHP denies your request for an expedited appeal, we will refer your appeal to the regular appeal process. We will call you to tell you of the denial right away. We will then follow-up with a letter within two calendar days.

Independent/External Review Process

What is an Independent/External Review?

An independent/external review is a review of a health plan's appeal decision to deny services by an outside reviewer. If you or your doctor have completed Driscoll Health Plan's appeal process and are not happy with the response, you (or your doctor) may request an external review. Maximus, an external records reviewer, reviews adverse determinations (denials) of an appeal upheld by DHP.

An adverse determination is a determination (decision) by a utilization review agent (like DHP) that suggests the health care services provided or recommended are not medically necessary, experimental, or investigational. Utilization review means a review of the medical necessity and appropriateness of health care services. This includes prospective (in the future), concurrent (what is happening right now), or retrospective review (what has happened in the past).

These forms of review are also used by DHP to determine the experimental or investigational nature of health care services. Maximus may review an appeal for experimental and investigational service request that has been denied by DHP.

How do I ask for an Independent/External Review?

If you are not pleased with Driscoll Health Plan’s appeal decision, you may request an external review through Maximus. You must request a review within four months from the date you receive the final adverse determination letter. Your letter will include a Maximus HHS-Administered Federal External Review Request Form.

To request an external review, send the completed form directly to:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue Suite 705
Pittsford, NY 14534
Fax number: 1-888-866-6190

You may also ask for a review online. Please visit externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/requestReviewOnline to complete a request form online.

An authorized representative may ask for an external review on your behalf. You and your authorized representative must complete and sign an HHS Federal External Review Process Appointment of Representative (AOR) Form. You may access the form by visiting: externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/forms

If you have questions about your external review or would like to request an AOR Form, please call 1-888-866-6205, ext. 3326.

What are the timeframes for this process?

A Maximus reviewer will send a letter about their final review decision as soon as possible, but no later than 45 days after the reviewer receives the request for an external review. DHP will pay for the service if the decision is to offer the requested service.

What if I need an Appeal decision quickly?

If your child is in the hospital or needs an appeal decision quickly because of his or her condition, you do not need to go through the regular process. You may ask for an expedited external review. Maximus

will decide on your child’s care as quickly as medical circumstances require, but no later than within 72 hours of receiving the request. Maximus will give a verbal decision. You will also receive a letter with the Maximus decision within 48 hours of the verbal notice. DHP will follow the final Maximus decision.

Advance Directives

What if I am too sick to make a decision about my Medical Care?

You might be too sick to make decisions about your health care. If this happens, how will a doctor know what you want? You can make an Advance Directive.

What are Advanced Directives?

An Advance Directive is a living will that lets people know what you want to happen if you get very sick. Another kind of living will is called a Durable Power of Attorney, which lets a friend or family member make decisions about your health care.

How do I get an Advance Directive?

If you want to learn more about Advance Directives, call Member Services toll-free at **1-877-451-5598**.

Report Waste, Abuse, or Fraud

Do you want to report waste, abuse, or fraud?

Let us know if you think a doctor, dentist, pharmacist at a pharmacy, other health care providers, or a person getting CHIP benefits is doing something wrong. Doing something wrong could be waste, abuse, or fraud, which is against the law.

For example, tell us if you think someone is:

- Getting paid for CHIP services that weren’t given or necessary
- Not telling the truth about a medical condition to get medical treatment
- Letting someone else use a CHIP ID card
- Using someone else’s CHIP ID card

- Not telling the truth about the amount of money or resources you have to get benefits

To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:

- Call the OIG Hotline at 1-800-436-6184;
- Visit oig.hhs.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse and select the box labeled **IG's Fraud Reporting Form**; or
- You can report directly to your health plan:
Driscoll Health Plan
Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.

When reporting about a provider (a doctor, dentist, counselor, etc.) include:

- Name, address, and phone number of provider
- Name and address of the facility (hospital, nursing home, home health agency, etc.)
- Medicaid number of the provider and facility if you have it
- Type of provider (doctor, dentist, therapist, pharmacist, etc.)
- Names and phone numbers of other witnesses who can help in the investigation
- Dates of events
- Summary of what happened

When reporting about someone who gets benefits, include:

- The person's name
- The person's date of birth, Social Security Number, or case number if you have it
- The city where the person lives
- Specific details about the waste, abuse, or fraud

Medical Terminology

Appeal - A request for your Managed Care Organization to review a denial or a grievance.

Complaint - A grievance that you can talk about to your health insurer or plan.

Copayment - A fixed amount (for example, \$15) you pay for a covered health care service, usually when you receive the service. The amount can vary by the type of covered health care service.

Durable Medical Equipment (DME) - Equipment ordered by a health care provider for everyday or extended use. Coverage for DME may include but is not limited to oxygen equipment, wheelchairs, crutches, or diabetic supplies.

Emergency Medical Condition - An illness, injury, symptom, or condition so serious that a reasonable person would seek care right away to avoid harm.

Emergency Medical Transportation - Ground or air ambulance services for an emergency medical condition.

Emergency Room Care - Emergency services you get in an emergency room.

Emergency Services - Evaluation of an emergency medical condition and treatment to keep the condition from getting worse.

Excluded Services - Health care services that your health insurance or plan doesn't pay for or cover.

Grievance - A complaint to your health insurer or plan.

Habilitation Services and Devices - Health care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, learn, or improve skills and functioning for daily living.

Health Insurance - A contract that requires your health insurer to pay your covered health care costs in exchange for a premium.

Home Health Care - Health care services a person receives in a home.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Hospice Services - Services to provide comfort and support for people in the last stages of a terminal illness and their families.

Hospitalization - Care in a hospital that requires admission as an inpatient and usually requires an overnight stay.

Hospital Outpatient Care - Care in a hospital that usually does not require an overnight stay.

Medically Necessary - Health care services or supplies needed to prevent, diagnose, or treat an illness, injury, condition, disease, or its symptoms and that meet accepted standards of medicine.

Network - The facilities, providers, and suppliers your health insurer or plan has contracted with to provide health care services.

Non-participating Provider - A provider who does not have a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you. It may be more difficult to obtain authorization from your health insurer or plan to obtain services from a non-participating provider instead of a participating provider. In limited cases, such as when there are no other providers, your health insurer can contract to pay a non-participating provider.

Participating Provider - A Provider who has a contract with your health insurer or plan to provide covered services to you.

Physician Services - Health care services a licensed medical physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) provides or coordinates.

Plan - A benefit, like Medicaid, which provides and pays for your health care services.

Pre-authorization - A decision by your health insurer or plan that a health care service, treatment plan, prescription drug, or durable medical equipment that you or your provider has requested, is medically necessary. This decision or approval, sometimes called prior authorization, prior approval, or pre-certification must be obtained

before receiving the requested service. Pre-authorization is not a promise your health insurance or plan will cover the cost.

Premium - The amount that must be paid for your health insurance or plan.

Prescription Drug Coverage - Health insurance or plan that helps pay for prescription drugs and medications.

Prescription Drugs - Drugs and medications that, by law, require a prescription.

Primary Care Physician - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine) who directly provides or coordinates a range of health care services for a patient.

Primary Care Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), nurse practitioner, clinical nurse specialist, or physician assistant, as allowed under state law, who provides, coordinates, or helps a patient access a range of health care services.

Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), health care professional or health care facility licensed, certified, or accredited as required by state law.

Rehabilitation Services and Devices - Health care services such as physical or occupational therapy that help a person keep, get back, or improve skills and functioning for daily living that has been lost or impaired because a person was sick, hurt, or disabled.

Skilled Nursing Care - Services from licensed nurses in your own home or in a nursing home.

Specialist - A physician specialist focuses on a specific area of medicine or a group of patients to diagnose, manage, prevent, or treat certain types of symptoms and conditions.

Urgent Care - Care for an illness, injury, or condition serious enough that a reasonable person would seek care right away, but not as severe as to require emergency room care.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Information That is Available to Members Once a Year

As a Member of Driscoll Health Plan you can ask for and get the following information each year:

- Information about network providers – at a minimum Primary Care Provider, specialists, and hospitals in our service area. This information will include names, addresses, phone numbers, and languages spoken (other than English) for each network provider, plus identification of providers that are not accepting new patients, and, when applicable, professional qualifications, specialty, medical school attended, residency completion and board certification status.
- Any limits on your freedom of choice among network providers.
- Your rights and responsibilities.
- Information on a complaint, appeal, and internal/external process.
- Information about benefits available under the CHIP program, including amount, duration, and scope of benefits. This is designed to make sure you know the benefits to which you are entitled.
- How you get benefits including authorization requirements.
- How you get benefits, including family planning services, from out-of-network providers and limits to those benefits.
- How you get after-hours and emergency coverage and limits to those kinds of benefits, including:
 - What makes up emergency medical conditions, emergency services, and post-stabilization services.
 - The fact that you do not need prior authorization from your Primary Care Provider for emergency care services.
 - How to get emergency services, including instructions on how to use the **911** phone system or its local equivalent.
 - The addresses of any places where providers and hospitals furnish emergency services covered by CHIP.
 - A statement saying you have a right to use any hospital or other settings for emergency care.
 - Post-stabilization rules.
- Policy on referrals for specialty care and for other benefits you cannot get through your Primary Care Provider.
- Driscoll Health Plan’s practice guidelines
- Provider Directory
- Results of Member Satisfaction Surveys

Driscoll Health Plan’s Partner’s Providing Care/Services

We contract with other companies that help provide services for you. The following is a list of these companies:

Avail Solutions– provides the Behavioral Health 24-hour hotline
Navitus Health Solutions, LLC – provides prescription drugs
Envolve Vision – provides services for the vision benefit
SafeRide Health – provides non-emergency transportation services
SPH Analytics – conducts member satisfaction surveys
Pacific Interpreters – provides interpretation services
Carenet – provides the 24-hour Nurse Advice Line

Member Rights

1. You have the right to get accurate, easy-to-understand information to help you make good choices about your child's health plan, doctors, hospitals, and other providers.
2. Your health plan must tell you if they use a "limited provider network." This is a group of doctors and other providers who only refer patients to other doctors who are in the same group. "Limited provider network" means you cannot see all the doctors who are in your health plan. If your health plan uses "limited networks," you should check to see that your child's Primary Care Provider and any specialist doctor you might like to see are part of the same "limited network."
3. You have a right to know how your doctors are paid. Some get a fixed payment no matter how often you visit. Others are paid based on the services they give to your child. You have a right to know about what those payments are and how they work.
4. You have a right to know how the health plan decides whether a service is covered or medically necessary. You have the right to know about the people in the health plan who decides those things.
5. You have a right to know the names of the hospitals and other providers in your health plan and their addresses.
6. You have a right to pick from a list of health care providers that is large enough so that your child can get the right kind of care when your child needs it.
7. If a doctor says your child has special health care needs or a disability, you may be able to use a specialist as your child's Primary Care Provider. Ask your health plan about this.
8. Children who are diagnosed with special health care needs or a disability have the right to special care.
9. If your child has special medical problems, and the doctor your child is seeing leaves your health plan, your child may be able to keep going to that doctor for three months and the health plan must continue paying for those services. Ask your plan about how this works.
10. Your daughter has the right to see a participating obstetrician/gynecologist (OB/GYN) without a referral from her Primary Care Provider and without first checking with your health plan. Ask your plan how this works. Some plans may make you pick an OB/GYN before seeing that doctor without a referral.
11. Your child has the right to emergency services if you reasonably believe your child's life is in danger, or that your child would be seriously hurt without being treated right away. Coverage of emergencies is available without first checking with your health plan. You may have to pay a copayment depending on your income. Copayments do not apply to CHIP Perinatal Members.
12. You have the right and responsibility to take part in all the choices about your child's health care.
13. You have the right to speak for your child in all treatment choices.
14. You have the right to get a second opinion from another doctor in your health plan about what kind of treatment your child needs.
15. You have the right to be treated fairly by your health plan, doctors, hospitals, and other providers.
16. You have the right to talk to your child's doctors and other providers in private, and to have your child's medical records kept private. You have the right to look over and copy your child's medical records and to ask for changes to those records.

CHIP MEMBER HANDBOOK

17. You have the right to a fair and quick process for solving problems with your health plan and the plan's doctors, hospitals, and others who provide services to your child. If your health plan says it will not pay for a covered service or benefit that your child's doctor thinks is medically necessary, you have a right to have another group, outside the health plan, tell you if they think your doctor or the health plan was right.
18. You have a right to know that doctors, hospitals, and others who care for your child can advise you about your child's health status, medical care, and treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a covered service.
19. You have a right to know that you are only responsible for paying allowable copayments for covered services. Doctors, hospitals, and others cannot require you to pay any other amounts for covered services.

Member Responsibilities

You and your health plan both have an interest in seeing your child's health improve. You can help by assuming these responsibilities.

1. You must try to follow healthy habits. Urge your child to stay away from tobacco and follow a healthy diet.
2. You must become involved in the doctor's decisions about your child's treatments.
3. You must work together with your health plan's doctors and other providers to pick treatments for your child that you have all agreed upon.
4. If you disagree with your health plan, you must first try to fix it using the health plan's complaint process.
5. You must learn about what your health plan does and does not cover. Read your CHIP Member Handbook to know how the rules work.
6. If you make an appointment for your child, you must try to get to the doctor's office on time. If you cannot keep the appointment, be sure to call and cancel it.
7. If your child has CHIP, you are responsible for paying your doctor and other provider's copayments that you owe them. If your child is getting CHIP Perinatal services, you will not have any copayments for that child.
8. You must report misuse of CHIP or CHIP Perinatal services by health care providers, other members, or health plans.
9. You must talk to your provider about your medications that are prescribed.

If you think you have been treated unfairly or discriminated against, call the U.S. Department of Health and Human Services toll-free at 1-800-368-1019. You also can view information concerning the HHS Office of Civil Rights online at: hhs.gov/ocr

Discrimination is Against the Law

Driscoll Health Plan (DHP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. DHP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

If you believe that DHP has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Driscoll Health Plan
DHP Compliance Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
1-877-324-7543, TTY: 1-800-735-2989
Email: filegrievance@dchstx.org

You may file a grievance in person, by mail, or email. If you need help filing a grievance, a Member Advocate is available to help you.

You may also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

Driscoll Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

Proficiency of Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak Spanish, Vietnamese, Chinese, Korean, Arabic, Urdu, Tagalog, French, Hindi, Persian, German, Gujarati, Russian, Japanese, or Laotian, language assistance services are available to you at no cost. Call **1-877-324-7543**.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-324-7543.

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-324-7543.

Chinese

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-324-7543。

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-324-7543번으로 전화해 주십시오.

Arabic

والبكم الصم هاتف رقم) 1-877-324-7543 برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا :ملحوظة

Urdu

کریں۔ 1-877-324-7543 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-324-7543.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-324-7543.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-324-7543 पर कॉल करें।

Persian

کمک که دارید را این حق باشید داشته Persian مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر نمایید حاصل تماس 1-877-324-7543. نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطالعات و

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-324-7543.

Gujarati

Driscoll Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અશક્તતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી 1-877-324-7543.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-324-7543.

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ທ່ານ ກໍ ກຳລັງ ຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ອາການ ກ່ຽວກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ ຈະ ໄດ້ ຮັບ ການ ຊ່ວຍເຫຼືອ ລະ ດັ່ງ ມູນ ຂ່າວສານ ທີ່ ບັນ ນາສາ ຂອງ ທ່ານ ບໍ່ ມີ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ. ການ ໂອ້ລົມ ກັບ ນາຍພາສາ, ໃຫ້ ໂທຫາ 1-877-324-7543.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

For help translating or understanding this notice, you may contact **1-877-324-7543**.

Purpose: Driscoll Health Plan (DHP) is required by law to maintain the privacy of Protected Health Information (PHI). We are required to provide this notice of our legal duties and privacy practices regarding uses and disclosures of PHI as well as inform you regarding your individual rights. This notice explains the purposes for which we are permitted to use and disclose your PHI.

How We May Use and Disclose Information About You

The following categories describe different ways that we may use and disclose your PHI. Not every potential use and disclosure in a category will be listed.

For Treatment. We are permitted to use and disclose your PHI to a physician or health care provider who is involved in your care or provides you with medical treatment or services. This may include, but is not limited to, the use and disclosure of your PHI to assist with prior authorization decisions related to your benefits.

For Payment. We are permitted to use and disclose your PHI to obtain payment for your health care treatment or services. This may include, but is not limited to, certain activities such as processing claims, determining eligibility or coverage for benefits, reviewing services provided to you for medical necessity, and undertaking utilization review activities.

For Healthcare Operations. We are permitted to use and disclose your PHI for our business operations. This may include, but is not limited to, quality assessment activities, investigating complaints and appeals, and providing case management and care coordination.

To Business Associates for Treatment, Payment, and Healthcare Operations. We are permitted to disclose your PHI to our business associates to carry out treatment, payment, or healthcare operations. Business associates are also required to protect your PHI.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. We may release your PHI to a family member, other relative, close personal friend or designated personal representative who is involved in your medical care if the PHI released is directly relevant to the person's involvement with your care. We may also release information to someone who helps pay for your care.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives and Health Related Services. We may use and disclose your PHI to contact you to remind you of an appointment or to provide you with information about treatment options or alternatives, and health care-related benefits or services that may be of interest to you.

Marketing Activities. We may use certain information, such as name, address, or telephone number to contact you in the future to request permission to share your story with the community in official marketing for DHP. You have the right to opt-out if you do not want to be contacted. To do so, please notify us in writing specifying your preferences with regards to being contacted for marketing activities.

CHIP MEMBER HANDBOOK

SPECIAL SITUATIONS

As Required by Law. We will disclose your PHI when required to do so by federal, state, or local law.

Public Health Activities. We may disclose your PHI for public health activities. This may include, but is not limited to, (1) preventing or controlling disease, injury, or disability; (2) reporting child abuse or neglect; or (3) notifying the appropriate government authority if we believe a member has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities. We may disclose PHI to a health oversight agency for activities authorized by law such as audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws. This may include, but is not limited to, audits and investigations necessary for oversight of government benefit programs.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit or dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order. We may also disclose your PHI in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement. We may release PHI if asked to do so by a law enforcement official: (1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process; (2) to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person—but only if limited information is disclosed; (3) about the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the victim’s agreement; (4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; (5) about criminal conduct we believe occurred on DHP’s premises; and (6) in emergency circumstances to report a crime or to determine the location of the crime, its victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. We may release PHI about you to a coroner or medical examiner to identify a deceased person or to determine the cause of death. We may also release PHI to funeral directors as necessary to help them carry out their duties.

Organ and Tissue Donation. We may release PHI to organizations that handle organ procurement; or organ, eye, or tissue transplantation; or to an organ donation bank to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

Research. Under certain circumstances, we may use and disclose your PHI for research purposes. Before we use or disclose PHI for research, the research project will have been approved through an Institutional Review Board. Pre-approval may not be required when researchers are preparing a research project and need to look at information about members with specific medical needs, so long as the PHI does not leave DHP.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety. We may use and disclose your PHI when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. This may include, but is not limited to, disclosure to law enforcement if the information is needed to identify or apprehend an escapee or violent criminal.

CHIP MEMBER HANDBOOK

To Authorized Governmental Authorities and Military Officials. We may disclose PHI regarding members of the armed forces or to authorized federal authorities for official investigations, intelligence, counterintelligence, or other national security activities.

To Authorized Governmental Programs Providing Public Benefits. We may disclose PHI regarding your eligibility for or enrollment in DHP to another agency administering a government program providing public benefits as authorized or required by law.

Inmates. If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release your PHI to the correctional institution or law enforcement official under specific circumstances.

Workers' Compensation. We may release your PHI for workers' compensation or similar programs.

Disclosures Requiring an Authorization. Other uses and disclosures will be made only with a valid authorization. Except in certain circumstances, we must obtain an authorization for any use or disclosure of PHI for marketing, psychotherapy notes or sale of PHI.

YOUR RIGHTS

You have the following rights regarding the PHI we maintain about you. For questions regarding how to exercise your rights, please utilize the contact information at the end of this notice.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the PHI we use or disclose about you for treatment, payment, or healthcare operations. We are not required to agree to or abide by your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is required to provide you with emergency treatment, or the agreement has been terminated in accordance with HIPAA guidelines. Requests must be received in writing.

Right to Restrict Disclosures to Health Plans. We will agree to your request to restrict the use or disclosure of PHI for payment or health care operations to a health plan for a service or item for which you, or someone other than the health plan, has paid the health care provider in full.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we communicate with you about your PHI in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you by telephone at work or that we only contact you by mail at home. Your request must specify how, where or when you wish to be contacted. This right only applies if you clearly state that the disclosure of all or part of your PHI could endanger you if not communicated by the alternative means or location requested.

Right to Inspect and Receive a Copy. You have the right to request access to inspect, receive a physical or electronic copy, or be provided a summary of your PHI contained in a designated record set. We may deny your request in certain limited circumstances. For example, psychotherapy notes are prohibited from being inspected or copied. We may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We are required to notify you in advance regarding these charges. If your request is denied we will notify you, and you may request that the denial be reviewed. Another licensed healthcare professional, chosen by DHP, will perform a secondary review. The review will not be conducted by any healthcare professional involved in the denial of your original request. We will comply with the outcome of the review to the extent allowable by law.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Right to Amend. If you believe that information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for DHP. You must include a reason that supports your request. All requests for amendment should be made in writing. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that: (1) was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment; (2) is not part of the PHI kept by or for DHP; (3) is not part of the information that you would be permitted to inspect and copy; or (4) is accurate and complete. DHP will notify you if we deny the request and will include instructions as to how you may appeal the request or file a complaint.

Right to be Notified. You have a right to be notified regarding an unlawful breach of unsecured PHI.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request an accounting of disclosures related to certain disclosures regarding your PHI. We may charge you a reasonable fee if you request a disclosure more than once each year.

Information Maintained in Paper Records. You may request a record of disclosures that have been made to persons or entities other than for treatment, payment or healthcare operations that have taken place in the past six (6) years.

Information Maintained Electronically. Subject to a schedule established by federal law, if we maintain your PHI electronically, you have the right to ask for an accounting of all disclosures. Under federal law, you may request an accounting for a period of three (3) years prior to the date the accounting is requested.

Right to a Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice at any time. You may also obtain an electronic copy of this notice by clicking on [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) located on DHP's website at driscollhealthplan.com.

Right to Revoke Authorization. You have a right to revoke a previous authorization you have made for uses and disclosures at any time, provided that the revocation is submitted in writing. The revocation will be in effect upon receipt and validation with the exception and to the extent that the entity has previously used or disclosed PHI in reliance on a previous authorization.

Changes to This Notice

We reserve the right to change or revise this notice at any time. The new notice will contain the effective date. DHP reserves the right to apply the amended notice to all previously acquired PHI about you. As part of your annual mailing, you will receive a copy of the current notice in effect.

Complaints: If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint utilizing the contact information at the end of this notice, or by contacting the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Phone: 1-800-368-1019, or Email: OCRComplaint@hhs.gov. You will not be penalized for filing a complaint.

CHIP MEMBER HANDBOOK

Any official requests related to these rights should be directed to:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, Texas 78415

Office Phone: 1-877-324-7543

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach happens that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- To learn more visit: hhs.gov/hipaa/index.html

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all the information we have about you. The new notice will be ready upon request, on our website, and we will mail a copy to you.

Contact Information

If you have any questions about this notice, need more information about your privacy rights, would like additional copies of this notice, or require a translation of this notice in another language, you may contact Driscoll Health Plan at **1-877-451-5598**.

You may also contact our Chief Privacy Officer at **1-877-324-7543**, or by sending a letter to:

Driscoll Health Plan
Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Sharing of Health Information

We have a health information-sharing program that your doctor can use when treating you. The program collects your up-to-date health information. Your doctor can see things like the medications you are taking, lab test results, and health problems you are having. Your doctor will be able to make sure he or she does not prescribe medications that should not be taken together or that cause allergic reactions. This information helps your doctors give you the best possible care. When your doctors have all of your medical facts, they are better able to help you. This will help keep you safe.

CHIP MANUAL PARA MIEMBROS NUECES

**SEPTIEMBRE
2024**

UN AFILIADO DE
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Llame sin cargo:
1-877-451-5598
TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com





Estimado Miembro de Driscoll Health Plan:

¡Gracias por elegir Driscoll Health Plan (DHP)! Estamos aquí para brindarles a usted y a su familia una atención médica de calidad.

Driscoll Health Plan cubre una amplia gama de servicios y beneficios. Este manual le ayudará a conocer su cobertura. Le ayudará a obtener los servicios que necesita y obtener más información sobre los beneficios adicionales de Driscoll Health Plan.

Esperamos que se sienta satisfecho con sus servicios de atención médica. Nuestro personal habla inglés y español y puede ayudar a responder sus preguntas. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver, comprender o hablar un idioma que no sea inglés o español. También puede solicitar este manual y cualquier otro material para miembros en audio, letra más grande, braille y otros idiomas. Recibirá materiales impresos dentro de los cinco días hábiles. Para obtener ayuda con los servicios de asistencia con el idioma y ayudas auxiliares sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-735-2989).

Para obtener más información o solicitar materiales para miembros visítenos en: driscollhealthplan.com

El Manual para miembros se revisa una vez por año. Si hay algún cambio en el plan de salud, se lo haremos saber a través de boletines y otros correos.

La atención de prevención es muy importante porque le ayuda a mantener una buena salud. Es importante que se haga los exámenes médicos puntualmente todos los años. Lo invitamos a leer las secciones ***Qué puedo hacer para mantenerme sano*** y ***Cómo cuidar mi salud y la de mi familia***. En esas secciones se describe qué necesita hacer para mantenerse saludable.

Será un placer atenderle.

¡Bienvenido a la familia de Driscoll Health Plan!



Números de teléfono

Servicios a Miembros

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana, horario de atención 8 a.m. a 5 p.m., hora central, de lunes-viernes, excepto días festivos aprobados por el estado. Puede dejar un mensaje después de las horas normal, los fines de semana y los días festivo. Contamos con servicios de interpretación. Hablamos español. Si tiene una emergencia, marque 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana.

Área de servicio de Nueces 1-877-451-5598

TTY para personas con discapacidad auditiva 1-800-735-2989

Línea de ayuda de enfermería

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Si tiene una emergencia, marque 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Contamos con servicios de interpretación. Hablamos español.

Área de servicio de Nueces 1-833-532-0223

Línea de ayuda de salud conductual

Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Si tiene una emergencia, marque 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana. Contamos con servicios de interpretación. Hablamos español.

Área de servicio de Nueces 1-833-532-0218

Servicios de visión

Área de servicio de Nueces 1-888-268-2334

Servicios dentales

DentaQuest 1-800-508-6775

MCNA Dental 1-855-691-6262

United Healthcare Dental 1-877-901-7321

Otros números de teléfono importantes

Línea de ayuda del Programa de Seguro Pediátrico de Salud (CHIP) 1-800-647-6558

Asistencia farmacéutica 1-877-451-5598

TTY para personas con discapacidad auditiva 1-800-735-2989

Transporte para casos no urgentes-SafeRide Health 1-833-694-5881

¿Qué hago si necesito ayuda o necesito el Manual para Miembros en otro formato?

Nuestro personal habla inglés y español, y puede ayudarle a responder a sus preguntas. También ofrecemos servicios especiales para personas que tienen dificultades para leer, escuchar, ver, entender o hablar otro idioma que no sea inglés o español. Además, puede pedir este manual y cualquier otro material para miembros en letra más grande, formato de audio, braille y otros idiomas. Si necesita asistencia en distintos idiomas o servicios de asistencia auxiliares sin cargo, llame a Servicios para Miembros al: **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-735-2989).

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, Texas 78415
Visítanos en driscollhealthplan.com

Índice

BIENVENIDO	7
COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER	7
COSAS QUE PUEDE HACER PARA MANTENERSE SALUDABLE	7
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBROS	8
<i>Datos de la tarjeta de identificación de CHIP</i>	8
<i>Cómo usar la tarjeta de identificación de CHIP</i>	8
<i>Si pierde la tarjeta o se muda</i>	8
ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA CHIP	8
RENOVACIÓN DE COBERTURA DE CHIP	9
<i>¿Qué hago si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación?</i>	9
SERVICIOS PARA MIEMBROS	9
<i>¿Cómo puede ayudarle Servicios para Miembros?</i>	9
PORTAL PARA MIEMBROS	9
APLICACIÓN MÓVILE DE DRISCOLL HEALTH SYSTEM	9
<i>¿Cómo lo consigo?</i>	9
<i>¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?</i>	10
<i>¿Qué información puedo acceder?</i>	10
CÓMO ELEGIR UN MÉDICO “SU HOGAR MÉDICO”	10
<i>¿Qué es un proveedor de cuidado primario?</i>	10
<i>¿Un especialista puede llegar a ser un proveedor de cuidado primario?</i>	10
<i>¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? (Por ejemplo, una clínica de salud rural o un centro de salud con calificación federal)</i>	10
<i>Selección de su proveedor de cuidado primario</i>	10
<i>¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?</i>	11
<i>¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?</i>	11
<i>¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?</i>	11
<i>¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?</i>	11
<i>¿Hay algún motivo por el que el pedido de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazado?</i>	11
<i>¿Puede mi proveedor de cuidado primario cambiarme a mí o a mi hijo a otro proveedor por incumplimiento?</i>	11
<i>¿Qué ocurre si consulto a otro médico que no sea mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?</i>	12
<i>¿Qué es un proveedor fuera de la red?</i>	12
<i>¿Qué sucede si elijo a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?</i>	12

<i>Plan de Incentivos para Doctores</i>	12
---	----

RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA DE UN MÉDICO ESPECIAL (ESPECIALISTA)

<i>¿Qué es un especialista?</i>	12
<i>¿Qué pasa si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial?</i>	12
<i>¿Qué es un referido?</i>	12
<i>¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades especiales de cuidado de la salud y necesito que alguien me ayude?</i>	12
<i>¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido por un especialista? ¿Y para que mi hijo sea atendido?</i>	13
<i>¿Cómo pedir una segunda opinión?</i>	13
<i>¿Qué servicios no necesitan referido?</i>	13

ATENCIÓN MÉDICA QUE REQUIERE LA APROBACIÓN DE UN PLAN DE SALUD (AUTORIZACIÓN PREVIA)

<i>¿Qué es una autorización previa?</i>	13
<i>¿Qué servicios necesitan autorización previa?</i>	13
<i>¿Cuánto demora el proceso para obtener una autorización de rutina?</i>	14
<i>¿Cómo saber si mis servicios fueron aprobados o denegados?</i>	14
<i>¿Qué es el cuidado médicamente necesario?</i>	14

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA DE UN MÉDICO.....

<i>¿Qué es la atención médica de rutina?</i>	15
<i>¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido? ¿Y para que mi hijo sea atendido?</i>	15
<i>¿Qué necesito llevar a las citas médicas?</i>	15
<i>¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?</i>	15
<i>¿Cómo obtengo atención fuera del horario normal?</i>	15

CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA URGENTE Y DE EMERGENCIA.....

ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	15
<i>¿Qué es la atención médica urgente?</i>	15
<i>¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica de urgencia?</i>	15
<i>¿Qué debo hacer si yo necesito atención médica de urgencia?</i>	16
<i>¿Cuánto tiempo debemos esperar mi hijo o yo para que nos atiendan?</i>	16
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	16

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

<i>¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?</i>	16
<i>¿Qué son los servicios de emergencia o la atención médica de emergencia?</i>	16
<i>¿Cuánto tiempo debemos esperar mi hijo o yo para que nos atiendan?</i>	17
<i>¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?</i>	17
<i>¿Qué es la posestabilización?</i>	17
<i>Citas con médicos fuera del área</i>	17
<i>¿Qué hago si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?</i>	17
<i>¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del estado?</i>	17
<i>¿Qué hago si mi hijo o yo fuera del país?</i>	17
<i>Cuándo visitar a mi médico, recibir atención médica de urgencia o ir a la sala de emergencias</i>	18
SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN	19
EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	19
<i>¿Qué clases de Educación para la salud ofrece Driscoll Health Plan?</i>	19
<i>Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud</i>	19
ATENCIÓN PARA BEBÉS Y NIÑOS	19
ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	19
<i>¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?</i>	19
<i>¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?</i>	19
PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL.....	19
<i>¿Cómo obtengo cobertura para mi bebé recién nacido?</i>	19
<i>¿Cómo y cuándo informo al Driscoll Health Plan y a mi asistente de casos?</i>	19
<i>¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?</i>	19
CONTROLES RUTINARIOS DEL NIÑO.....	20
<i>¿Qué son los controles rutinarios del niño?</i>	20
<i>¿Por qué es importante el control rutinario del niño?</i>	20
<i>¿Cuándo debe mi hijo hacerse un control rutinario?</i>	20
INMUNIZACIONES (VACUNAS).....	21
<i>¿Por qué es importante recibir las inmunizaciones?</i>	21
SALUD DE LA MUJER	21
<i>¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJA O YO NECESITAMOS ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA?</i>	21
<i>¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?</i>	21
<i>¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?</i>	21
<i>Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿sigo teniendo acceso directo o necesitaré un referido o derivación?..</i>	21
<i>¿Necesitaré un referido?</i>	21
<i>¿Cuánto debemos esperar mi hija o yo para ver a un obstetra/ginecólogo después de llamar para programar una cita?</i>	21
<i>¿Podemos mi hija y yo continuar con un obstetra/ginecólogo que no pertenece a Driscoll Health Plan?</i>	22
EXÁMENES Y ESTUDIOS.....	22
MAMOGRAFÍAS.....	22
ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS.....	22
<i>¿Qué sucede si estoy embarazada o mi hija está embarazada?</i>	22
<i>¿A quién debo llamar?</i>	22
<i>Atención médica durante el embarazo</i>	22
<i>Administración de casos para mujeres embarazadas...</i>	22
SERVICIOS Y EDUCACIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS	23
GET READY FOR BABY – BABY SHOWER EDUCATIVOS.....	23
<i>Programa Text4baby</i>	23
EL VIRUS DEL ZIKA.....	23
<i>¿Qué es el virus del Zika?</i>	23
<i>¿Dónde se encuentra el virus del Zika?</i>	23
<i>¿Quién está en riesgo?</i>	23
<i>¿Cuáles son los síntomas?</i>	23
<i>¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?</i>	23
EXTRACTOR DE LECHE.....	24
<i>¿Por qué puede necesitar un extractor de leche?</i>	24
<i>¿Cómo conseguir un extractor de leche?</i>	24
<i>¿Dónde puedo obtener un extractor de leche?</i>	24
AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO	24
EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAID POSPARTO.....	24
VISITA POSPARTO.....	25
EDUCACIÓN POSPARTO.....	26
HEALTHY TEXAS WOMEN.....	26
MANEJO DE CASOS Y DE ENFERMEDADES	26
<i>¿Qué es la administración de casos?</i>	26
<i>¿Qué es el manejo de enfermedades?</i>	26
<i>¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia (ECI)? ..</i>	26
<i>¿Necesito un referido o derivación?</i>	27
<i>¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?</i>	27
MIEMBROS CON NECESIDADES ESPECIALES DE CUIDADO DE LA SALUD (MSHCN).....	27

Manual para Miembros de CHIP

ADMINISTRACIÓN DE CASOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	27
¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración dirigida de casos de salud mental?	27
SALUD CONDUCTUAL	27
¿Cómo obtengo ayuda si tengo un trastorno de salud conductual (mental)?	27
SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL.....	27
¿Cómo obtener servicios de rehabilitación de salud mental y administración dirigida de casos de salud mental para mí o para mi hijo?	27
Servicios por abuso de sustancias	28
¿Necesito una referencia para esto?.....	28
La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en las Adicciones.....	28
SERVICIOS ESPECIALES.....	28
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.....	28
¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico o el médico de mi hijo?	28
¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?.....	28
¿Con cuánta anticipación debo llamar?.....	28
¿Cómo puedo contar un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?.....	28
BENEFICIOS Y SERVICIOS.....	28
¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo? ..	28
¿Cómo obtener estos servicios para mí o para mi hijo? ..	28
¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?.....	28
¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal para recién nacidos?.....	28
¿Cómo puedo obtener estos servicios para mi hijo?	28
¿Qué beneficios tendrá mi bebé al nacer?	28
¿Qué servicios no están cubiertos?	29
Inscripción simultánea de familiares en CHIP y CHIP Perinatal	29
TABLA DE BENEFICIOS	30
BENEFICIOS ADICIONALES.....	44
¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de Driscoll Health Plan?.....	44
¿Qué es un servicio de valor añadido?.....	44
¿Cómo puedo acceder a estos beneficios?.....	44
Servicios de valor añadido.....	44
EXCLUSIONES.....	50
¿Qué servicios no están cubiertos por Driscoll Health Plan?	50
EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)/SUMINISTROS.....	52
COSTOS DE SU SEGURO CHIP DE DHP	57
¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?	57
DATOS SOBRE COPAGOS:	57
TABLA DE COSTOS COMPARTIDOS DEL CHIP	58
ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS OFRECIDOS	59
SERVICIOS DENTALES.....	59
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo? ..	59
SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS.....	59
¿Cómo puedo obtener servicios oftalmológicos para mí o para mi hijo?	59
FARMACIA Y MEDICAMENTOS RECETADOS.....	59
¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?	59
¿Cómo puedo obtener medicamentos para mi hijo o para mí?.....	59
¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?	60
¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?	60
¿Qué debo llevar a la farmacia?	60
¿Qué ocurre si necesito que me envíen a casa mis medicamentos o los de mi hijo?.....	60
¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta?.....	60
¿Qué ocurre si mi hija o yo necesitamos pastillas anticonceptivas?	60
¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?	60
¿Qué pasa si no puedo aprobar el medicamento que mi médico/médico de mi hijo ordenó?.....	60
¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?	60
¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos por mis beneficios?.....	60
CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD.....	60
¿Qué debo hacer si quiero cambiar mi plan de salud? ..	60
¿A quién debo llamar?	61
¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR MI PLAN DE SALUD?	61

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?.....	61
¿Driscoll Health Plan puede pedir mi baja del plan de salud por incumplimiento o por algún otro motivo?.....	61
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE	61
¿Qué debo hacer si me mudo?.....	61
¿Qué hago si recibo una factura de mi médico?.....	61
¿A quién debo llamar si recibo una factura de mi médico o el de mi hijo?.....	61
¿Qué información necesitarán?.....	62
¿Qué debo hacer si tengo otro seguro además de CHIP? (Coordinación de beneficios).....	62
Seguros de terceros.....	62
Daños causados por otros.....	62
SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS	62
Encuestas de satisfacción de miembros.....	62
Grupo de asesoría para miembros.....	62
QUEJAS Y APELACIONES	62
QUEJAS	62
Proceso de quejas.....	62
¿Qué debo hacer si tengo una queja?.....	62
Procedimientos de quejas de Driscoll Health Plan	63
¿A quién debo llamar?.....	63
¿Puede un representante de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?.....	63
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?.....	63
¿Cuánto demorarán en atender mi queja?.....	63
Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?.....	63
¿Tengo derecho a presentarme ante un panel de apelación de quejas?.....	63
APELACIONES.....	64
Proceso de apelación.....	64
¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o lo limita?..	64
¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?	64
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?...	64
¿Cómo presento una apelación?.....	64
¿Puede un representante de DHP ayudarme a presentar una apelación?.....	64
APELACIONES ESPECIALIZADAS.....	64
APELACIÓN DE MCO ACELERADA	65
¿Qué es una apelación acelerada?.....	65
¿Cómo solicito una apelación acelerada?.....	65
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?.....	65
¿Es necesario que presente mi solicitud por escrito?....	65
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?	65
¿Qué ocurre si Driscoll Health Plan rechaza mi pedido de apelación acelerada?	65
PROCESO DE REVISIÓN INDEPENDIENTE/EXTERNO	65
¿Qué es una Revisión Independiente/Externo?.....	65
¿Cómo pido una Revisión Independiente/Externo?	66
¿Cuáles son los plazos para este proceso?.....	66
¿Y si necesito una decisión de apelación rápidamente?.....	66
VOLUNTADES ANTICIPADAS	66
¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?	66
¿Qué son las voluntades anticipadas?.....	66
¿Cómo preparo una voluntad anticipada?.....	66
REPORTAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE.....	67
¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?.....	67
Para denunciar malgasto, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:.....	67
Para denunciar malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.....	67
TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	67
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ AL AÑO	70
SOCIOS DE DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN Y SERVICIOS	71
DERECHOS DE LOS MIEMBROS	71
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	73
LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY	74
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS	76
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	78
NUESTRAS RESPONSABILIDADES	83
COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD.....	83

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Bienvenido

¡Bienvenido a la familia de Driscoll Health Plan (DHP)! Driscoll Health Plan es un plan de salud sin fines de lucro basado en la comunidad. Driscoll Health Plan es parte de Driscoll Children's Health System. Juntos, cuidamos a los niños y sus familias desde hace más de 70 años. Nos hemos comprometido a garantizar que usted reciba la mejor atención médica. Le ofrecemos una amplia red de proveedores de cuidado de la salud, especialistas y hospitales. Usted tendrá acceso a médicos de calidad y a nuestro personal experto.

Este manual contiene información sobre cómo funciona el plan de salud. Describe qué puede esperar de él y responde muchas preguntas. El Manual para Miembros incluye información acerca de:

- Cómo elegir su proveedor de cuidado primario
- Cómo obtener cuidado de emergencia
- Cómo cuidar de usted mismo
- Manejo de casos y de enfermedades
- Servicios de salud conductual y abuso de sustancias
- Beneficios
- Servicios de interpretación
- Cobertura de medicamentos con receta
- Y muchos otros temas

Por favor tómese el tiempo de leer este manual. Queremos que esté satisfecho con sus servicios de atención médica. Nuestro personal habla inglés y español y puede ayudar a responder sus preguntas. También contamos con servicios especiales para personas que tienen problemas para leer, oír, ver, entender o hablar un idioma que no sea inglés o español.

También puede solicitar este manual y cualquier otro material para miembros en audio, letra grande, braille y otros idiomas. Recibirá materiales impresos dentro de los cinco días hábiles. Para obtener ayuda con servicios de asistencia lingüística y ayuda auxiliar sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989). Los miembros o sus representantes legalmente autorizados pueden enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, Texas

También puede solicitar materiales para miembros visitando: driscollhealthplan.com

Cosas importantes que debe saber

Cosas que puede hacer para mantenerse saludable

El cuidado preventivo es una parte importante de los pasos a seguir para mantenerse saludable. Puede mantenerse saludable haciéndose controles de la salud oportunamente, aplicándose las vacunas y visitando a su médico regularmente. Si trabajamos juntos, podemos mantener saludables y felices a usted y a su familia.

Estas son algunas de las cosas que puede hacer para mantenerse saludable:

Establezca una buena relación con su médico. Usted y su médico deben trabajar en equipo.

Concéntrese en la prevención:

Hágase los controles de salud y aplíquese las vacunas puntualmente.

- ✓ Si tiene que hacerse un control rutinario del niño o ya se le pasó la fecha, debe hacerse el control de la salud **dentro de los 90 días de haberse unido a Driscoll Health Plan.**

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

- ✓ Los bebés recién nacidos deben ser examinados por un médico de **3-5 días después del parto**.
- ✓ Las mujeres embarazadas deben hacerse un examen prenatal dentro de los **42 días de haberse inscrito o durante el primer trimestre**.
- ✓ Las mamás primerizas deben hacerse un examen de posparto de **7-84 días después del parto**.
- ✓ Un control de bienestar del niño por año en la fecha de cumpleaños de su hijo o en una fecha cercana.

Asegúrese de llenar y enviar por correo la evaluación de riesgos para la salud que le enviamos con su paquete de bienvenida. Esa evaluación ayudará a nuestros directores de casos a saber qué ayuda necesita.

Llame a su médico si necesita cuidado sin carácter de emergencia. Él/ella puede brindarle el cuidado que usted necesita. Sólo vaya a la sala de emergencias en caso de una emergencia.

Tarjeta de identificación de Miembros

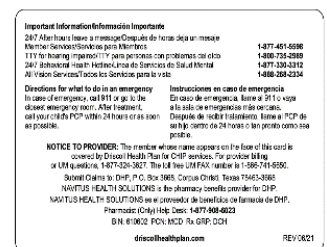
Después de inscribirse en Driscoll Health Plan, recibirá una tarjeta de identificación de CHIP. Asegúrese de que todo en la tarjeta sea correcto. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**. Todos los familiares que se inscriban en el Driscoll Health Plan deben tener su propia tarjeta de identificación. Siempre tenga su tarjeta de identificación con usted. Lleve su tarjeta de identificación cuando vaya a una cita con el médico o a la farmacia. Si pierde su tarjeta, llame a Servicios para Miembros. Podemos enviarle una nueva tarjeta de inmediato.

Cada uno de sus hijos tendrá una tarjeta diferente. No recibirá una nueva tarjeta de CHIP todos los meses. Recibirá una nueva tarjeta si pierde la suya o

si nos llama para cambiar de proveedor de cuidado primario.

Datos de la tarjeta de identificación de CHIP

El frente de la tarjeta contiene datos importantes acerca de su hijo, y el nombre y número de teléfono de su proveedor de cuidado primario. También indica la cantidad de dinero (copagos) que usted tendría que pagar por sus visitas al médico, al hospital o por medicamentos recetados. El dorso de la tarjeta contiene números de teléfono importantes para emergencias y otro tipo de ayuda de Servicios para Miembros de DHP.



Cómo usar la tarjeta de identificación de CHIP

Lleve la tarjeta de su hijo con usted cuando su hijo reciba cualquier servicio de atención médica. Deberá mostrar su tarjeta de CHIP siempre que reciba un servicio de atención médica.

Si pierde la tarjeta o se muda

Si pierde su tarjeta de CHIP, llámenos de inmediato al **1-877-451-5598** para que le enviemos una nueva. Si se muda o cambia de número de teléfono, llámenos para que le enviemos una tarjeta nueva. Siempre necesitamos tener su dirección y número de teléfono correctos.

Elegibilidad para el programa CHIP

Las leyes aprobadas por el Congreso de Estados Unidos y la Legislatura de Texas permitieron lanzar el Programa de Seguro Pediátrico de Salud (CHIP) en Texas. CHIP ayuda a los niños de familias que tienen ingresos muy altos para acceder a Medicaid, pero muy bajos para pagar una cobertura familiar privada. Usted puede ser elegible según el límite de sus

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

ingresos. Para más información visite: yourtexasbenefits.com

Por favor comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 2-1-1 o al 1-877-541-7905 para informar de cualquier cambio en su información. Para información sobre esos cambios también puede visitar yourtexasbenefits.com. Cualquier cambio en la información podría afectar su elegibilidad o la de otras personas de su grupo familiar. También puede quedar sujeto a penalizaciones impuestas por la ley federal si proporciona información falsa.

Renovación de cobertura de CHIP

¿Qué hago si necesito ayuda para completar la solicitud de renovación?

Busque el sobre con la etiqueta “time-sensitive” unos 3-4 meses antes de que finalicen sus beneficios. Contiene su carta de renovación, donde se le indicará qué debe hacer. Haga la renovación antes de la fecha de vencimiento para no perder sus beneficios.

FORMAS DE RENOVAR Y OBTENER AYUDA

- **Sitio web:** Visite yourtexasbenefits.com
- **Teléfono:** Descarga “Your Texas Benefits” en la tienda de aplicaciones iOS o en Google Play Store
- **Llame:** al 2-1-1 o 1-877-541-7905 para pedir un paquete de renovación
- **Llame:** a Servicios para Miembros a **1-877-451-5598**

Servicios para Miembros

¿Cómo puede ayudarle Servicios para Miembros?

Nuestro personal experto de Servicios para Miembros está listo para ayudarlo las 24 horas, los 7 días de la semana. El horario habitual de atención es de lunes-viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Puede dejar un mensaje fuera del horario normal, los fines de semana y los días festivos. También puede enviarnos un correo electrónico a:

DHPmemberservices@dchstx.org

Un miembro de personal de DHP responderá el siguiente día hábil.

Nuestro personal experto puede ayudarlo con:

- Preguntas sobre sus beneficios y cobertura
- Cambiar su proveedor de cuidado primario
- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Enviarle por correo una tarjeta de identificación perdida
- Sus quejas, apelaciones, e inquietudes

Portal para miembros

Como miembro de Driscoll Health Plan, usted tiene acceso a nuestro Portal para Miembros. Para acceder al portal visite: driscollhealthplan.com

Allí encontrará información importante, como los datos de su coordinador de servicios, los servicios de valor añadido y cómo renovar sus beneficios de salud. También podrá imprimir una copia de su tarjeta de identificación de Driscoll Health Plan. Aquí le ofrecemos instrucciones útiles para que pueda comenzar:

- Haga clic en **Portal para miembros**
- Introduzca su Nombre de usuario de MyChart Contraseña
- Haga clic en **Entrar**
- ¿Usuario Nuevo? Haga clic en **Registrarse Ahora**
- Siga los pasos para registrar su cuenta

Si tiene alguna pregunta, llame a la línea de soporte MyChart a 361-694-5980.

Aplicación móvil de Driscoll Health System

Driscoll Health Plan tiene una nueva aplicación móvil. Ahora esta vinculado a MyChart.

¿Cómo lo consigo?

¡Vaya a su tienda de aplicaciones y busque Driscoll Health System! Una vez descargada la aplicación,

verá el logotipo de Driscoll Health System en su teléfono. Debes revisar y aceptar los términos para continuar.

- *Nuevos usuarios de MyChart:* Llame al 361-694-5980 para solicitar su código de activación
- *Usuarios actuales:* ingrese su nombre de usuario y contraseña.

¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?

Llame a la línea de soporte MyChart a 361-694-5980.

¿Qué información puedo acceder?

Vea convenientemente su información de atención médica en un entorno seguro y confidencial.

- Ver tarjetas de identificación de miembro
- Revise su lista de medicamentos
- Revisar los registros médicos y los resultados de laboratorio
- Administrar citas familiares

Cómo elegir un médico "Su hogar médico"

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Es un médico, una enfermera especializada o un asistente médico que atiende sus necesidades médicas y se asegura de que usted se haga controles de salud regularmente. Su PCP se asegurará de que se haga chequeos regulares. Escribirán recetas de medicamentos y suministros y lo referirán para que consulte a un especialista. Es importante que tenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario, pues debe conocer su historia médica para poder brindarle la mejor atención médica. Usted debe ser parte de las decisiones relacionadas con su atención médica. Juntos, usted y su proveedor de cuidado primario tomarán las decisiones correctas para que usted se mantenga saludable.

¿Un especialista puede llegar a ser un proveedor de cuidado primario?

Los miembros con necesidades especiales de atención médica (MSHCN) pueden solicitar que un especialista sea su proveedor de atención primaria (PCP). DHP puede permitir que un Especialista sea el PCP de su hijo después de una revisión por parte de nuestro Director Médico. Los miembros con necesidades especiales de atención médica (MSHCN) deben firmar el "Acuerdo para que un especialista funcione como proveedor de atención primaria." El especialista también debe firmar el formulario aceptando ser su proveedor de atención primaria. Nuestro director médico revisará el formulario firmado "Acuerdo para que un especialista funcione como proveedor de atención primaria." Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud para informarle nuestra decisión. Tiene derecho a apelar la decisión si no se aprueba su solicitud. La fecha de inicio de este cambio será el primer día del mes siguiente a la fecha en que el director médico firme el formulario "Acuerdo para que el especialista funcione como proveedor de atención primaria." Para obtener más información, llame al número gratuito de Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598**.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo? (Por ejemplo, una clínica de salud rural o un centro de salud con calificación federal)

Usted puede elegir a una clínica como su proveedor de cuidado primario. Puede ser un centro de salud con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC).

Selección de su proveedor de cuidado primario

Al unirse a Driscoll Health Plan, lo asignaremos a un proveedor de atención primaria. Puede llamar a

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios para Miembros si desea elegir otro proveedor de atención primaria.

¿Cómo puedo obtener una copia del Directorio de Proveedores?

Para ver el Directorio de Proveedores, visite driscollhealthplan.com. El directorio se actualiza todas las semanas. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una copia.

¿Cómo puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

Driscoll Health Plan quiere que usted esté conforme con su proveedor de cuidado primario. Usted puede cambiar su proveedor de cuidado primario si:

- Necesita ser atendido por un médico diferente.
- Se muda muy lejos de su proveedor de cuidado primario.
- Su proveedor de cuidado primario ya no forma parte de la red de Driscoll Health Plan.
- No se lleva bien con su proveedor de cuidado primario.

Puede cambiar su proveedor de cuidado primario llamando a Servicios para Miembros. El Directorio de Proveedores de Driscoll Health Plan contiene todos los proveedores de cuidado primario.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **1-877-451-5598** o escribiendo a:

Driscoll Health Plan
Member Services Department
Eligibility Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de cuidado primario?

Usted puede cambiar su médico de atención primaria en cualquier momento. Si usted ha visto a su médico de atención primaria dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el día primero del mes siguiente. Si usted no ha visto a su médico de atención primaria dentro del mes en curso, el cambio entrará en efecto el primer día del mes que se realizó el cambio. El cambio del médico de atención primaria puede ser acelerado si DHP decide que es en el mejor interés del miembro y/o el médico de atención primaria.

¿Hay algún motivo por el que el pedido de cambio de proveedor de cuidado primario pueda ser rechazado?

Motivos por los que tal vez no se le pueda asignar el proveedor de cuidado primario que usted eligió:

- El proveedor de cuidado primario elegido no atiende pacientes nuevos.
- El proveedor de cuidado primario elegido ya no forma parte de Driscoll Health Plan.

¿Puede mi proveedor de cuidado primario cambiarme a mí o a mi hijo a otro proveedor por incumplimiento?

Es importante seguir los consejos de su proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario puede pedirnos que le asignemos otro proveedor si:

- Usted no sigue los consejos de su proveedor.
- No se lleva bien con su proveedor de cuidado primario.
- No va a las citas médicas y no llama para cancelarlas.

Su proveedor de cuidado primario debe decirnos si quiere que usted cambie de proveedor. Driscoll Health Plan se comunicará con usted y le pediremos que elija otro proveedor de cuidado primario.

¿Qué ocurre si consulto a otro médico que no sea mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?

Si elige ver a otro médico que no sea su proveedor de cuidado primario, Driscoll Health Plan debe aprobar sus servicios. Si tiene más preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Puede ver a cualquier proveedor que sea parte de Driscoll Health Plan si necesita:

- Cuidado de emergencia las 24 horas en una sala de emergencias.
- Servicios y suministros de planificación familiar.

Puede elegir otro proveedor para exámenes de ojos de rutina, atención por salud mental o abuso de sustancias y atención ginecológica. Para cualquier otro tipo de atención, los miembros sólo pueden ser atendidos por el proveedor de cuidado primario designado en su tarjeta de identificación de Driscoll Health Plan.

¿Qué es un proveedor fuera de la red?

Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con Driscoll Health Plan. Puede ser difícil obtener la aprobación de los servicios. En algunos casos, como cuando no hay otros Proveedores, Driscoll Health Plan puede contratar para pagar a un Proveedor no participante, pero no está garantizado.

¿Qué sucede si elijo a un proveedor que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan?

Si decide ver a un médico que no forma parte de la red de Driscoll Health Plan, DHP debe aprobar los servicios. Este servicio requerirá autorización previa o aprobación de DHP. Si el servicio no es aprobado, DHP no cubrirá el servicio. El proveedor fuera de la red le facturará por estos servicios y es posible que tenga que pagar por ello. Para preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros.

Plan de Incentivos para Doctores

Driscoll Health Plan no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Medicamente Necesarios cubiertos para los Miembros. Usted tiene derecho a saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho a saber cómo funciona el plan. Puede llamar al **1-877-451-5598** para obtener más información.

Recibir atención médica de un médico especial (especialista)

¿Qué es un especialista?

A especialista es médico para ciertos tipos de atención médica como cardiología (salud del corazón), ortopedia (huesos y articulaciones) o ginecología (salud de la mujer).

¿Qué pasa si mi hijo o yo necesitamos ver a un médico especial?

Su proveedor de cuidado primario le dirá si usted necesita ver a un especialista. En general, usted no puede ver a otro médico o recibir un servicio especial a menos que su proveedor de cuidado primario acepte referirlo.

¿Qué es un referido?

Un referido o derivación es un pedido de su médico para que usted vea a otro médico.

¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades especiales de cuidado de la salud y necesito que alguien me ayude?

Llame a Servicios para Miembros para hablar con un administrador de casos. El administrador de casos le ayudará.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido por un especialista? ¿Y para que mi hijo sea atendido?

Debe poder programar una cita dentro de los 30 días en caso de atención médica no urgente y dentro de las 24 horas en caso de cuidado médico urgente.

¿Cómo pedir una segunda opinión?

Cubriremos los gastos de una segunda opinión. El personal de administración de casos le ayudará a obtener la aprobación para una segunda opinión si se necesita uno. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** para hablar con un administrador de casos.

¿Qué servicios no necesitan referido?

Puede recibir algunos servicios sin tener que ver a su médico antes. Estos servicios incluyen:

- Cuidado de emergencia
- Atención oftalmológica de rutina
- Atención ginecológica
- Servicios de salud conductual

Es aconsejable avisarle a su médico si usted recibe atención de otros médicos.

Atención médica que requiere la aprobación de un plan de salud (autorización previa)

¿Qué es una autorización previa?

Algunos servicios requieren que su proveedor de cuidado primario u otros profesionales se pongan en contacto con Driscoll Health Plan para obtener aprobación antes de recibir un servicio.

¿Qué servicios necesitan autorización previa?

Los servicios que necesitan autorización previa son:

• Todas las admisiones a hospitales (excepto en una situación de emergencia, en la que es necesario avisar al Driscoll Health Plan dentro de las 24 horas de la admisión)
• Admisión a un centro de rehabilitación
• Cirugía como paciente ambulatorio (no internado)
• Terapia de rehabilitación (fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional)
• Servicios de salud en el hogar, tales como terapia intravenosa en el hogar
• Referidos o derivaciones a especialistas, excepto ginecólogos o especialistas en salud mental
• Equipo médico duradero que cueste más de \$300
• Uso de ambulancias para transporte médico (y no para transporte de emergencia)
• Servicios de un proveedor de cuidado de la salud que no tiene contrato con Driscoll Health Plan
• Otros tipos de tratamiento médico (como hipnosis o masoterapia)
• Algunas pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios
• Medicamentos administrados por un médico

Para solicitar autorizaciones, usted o su médico deben llamar a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**, de lunes-viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora central. Si usted no tiene la autorización para un servicio, tal vez tenga que pagar por él.

Usted tiene derecho a saber el costo de cualquier servicio antes de que usted o su hijo lo reciban. Si usted acepta recibir servicios que Driscoll Health Plan no cubre o no autoriza, quizás tenga que pagar por ellos.

Su internación en un hospital o la internación de su hijo son revisadas todos los días. Los servicios pueden ser revisados después de haber sido brindados o pagados.

¿Cuánto demora el proceso para obtener una autorización de rutina?

Las autorizaciones de rutina serán procesadas dentro de los tres días hábiles siguientes. Podría tomar hasta 14 días si necesitamos más información de su médico.

¿Cómo saber si mis servicios fueron aprobados o denegados?

Driscoll Health Plan le enviará una carta para informarle si su solicitud de servicios fueron aprobados o denegados. Se le notificara dentro de los tres días hábil si se ha proporcionado toda la información médica de respaldo con la solicitud. Si debemos solicitar información médica de respaldo al proveedor que realizo la solicitud, se le notificara en un plazo de 3-14 días. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros gratuito al **1-877-451-5598**.

Las referencias a “usted,” “mi/su,” y “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo/su hijo” se aplican si el niño es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinate.

¿Qué es el cuidado médicamente necesario?

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros recién nacidos de CHIP Perinate, y los miembros de CHIP Perinate deben cumplir con la definición de CHIP de ser “médicamente necesarios.” Un miembro de CHIP Perinate es un niño por nacer.

Médicamente necesario significa:

(1) Servicios de atención médica que:

- (a) son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitación de alguna función, amenazan con causar o

empeorar una discapacidad, provocan enfermedad o ponen en riesgo la vida del miembro;

- (b) se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
 - (c) cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
 - (d) son consecuentes con el diagnóstico del miembro;
 - (e) son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
 - (f) no son experimentales ni de estudio; y
 - (g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y
- (2) Servicios de salud mental que:
- (a) son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
 - (b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
 - (c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo;
 - (d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - (e) no se pueden negar sin verse afectada negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - (f) no son experimentales ni de estudio; y

(g) no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

Cómo obtener atención médica de rutina de un médico

¿Qué es la atención médica de rutina?

Es la que se brinda para controles rutinarios del niño, controles escolares, inmunizaciones y exámenes de salud. Su proveedor de cuidado primario le ayudará con todas sus necesidades de cuidado de la salud. Asegúrese de llamar a su proveedor de cuidado primario cada vez que tenga una pregunta o inquietud médica. Llame al consultorio su proveedor de cuidado primario para programar su atención médica de rutina.

¿Cuánto tiempo debo esperar para ser atendido? ¿Y para que mi hijo sea atendido?

Su hijo o usted podrán programar una cita para su cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas.

Es importante que asista a su cita. Si no puede asistir, llame a su proveedor de cuidado primario para avisarle.

¿Qué necesito llevar a las citas médicas?

- ✓ Su tarjeta de ID de miembro de Driscoll Health Plan
- ✓ Su registro de vacunación
- ✓ Los medicamentos que esté tomando

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?

Su proveedor de cuidado primario u otro médico están disponibles por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si se enferma durante la noche o durante el fin de semana, puede llamar al consultorio de su proveedor de cuidado primario para pedir ayuda. El consultorio tendrá un servicio de contestador o un mensaje en el que le indicarán cómo ponerse en

contacto con el proveedor de cuidado primario. Su proveedor de cuidado primario devolverá su llamada dentro de los siguientes 30 minutos.

¿Cómo obtengo atención fuera del horario normal?

También puede visitar una clínica dentro de la red después de horas o un centro de atención urgente para enfermedades repentinas. Debe comunicarse con la oficina del proveedor de atención primaria si no está seguro de ir a una clínica después de horas o atención de urgencia.

Para obtener una lista de las clínicas de Driscoll Children’s Hospital y otras clínicas de atención urgente fuera del horario, visite:

driscollhealthplan.com/servicios/despues-de-horas-de-cuidado

Cómo obtener atención médica urgente y de emergencia

Atención Médica Urgente

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Algunas lesiones y enfermedades tal vez no sean emergencias, pero pueden agravarse si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos:

- Ataques de asma de intensidad leve a moderada
- Dolor de oídos, dolor de garganta, torceduras y dolores musculares
- Enfermedades leves con fiebre en niños mayores de dos meses
- Erupciones cutáneas ocasionadas por la picadura de un insecto

¿Qué debo hacer si mi hijo necesita atención médica de urgencia?

Para atención médica de urgencia, llame al médico de su hijo. Comuníquele los síntomas de su hijo y solicite

una cita lo antes posible. Si su hijo necesita atención médica de emergencia, lo referirán a un hospital. Algunos ejemplos son: quemaduras menores, dolor de oídos, dolor de garganta, torceduras y dolores musculares. Fuera del horario normal y los fines de semana, llame primero al médico de su hijo y él le indicara que debe hacer. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros gratis a **1-877-451-5598**.

¿Qué debo hacer si yo necesito atención médica de urgencia?

Si tiene una necesidad médica urgente, debe llamar primero al consultorio de su médico y su médico le dirá qué hacer. En algunos casos, el médico puede indicarte que vayas a una clínica de atención urgente. Si su médico le indica que vaya a una clínica de atención urgente, no necesita llamar a la clínica antes de ir. Usted tendrá que ir a una clínica que tome Driscoll Health Plan CHIP. Para recibir ayuda, llámenos al número gratuito a **1-877-451-5598**.

¿Cuánto tiempo debemos esperar mi hijo o yo para que nos atiendan?

Para atención de urgencia, su hijo o usted podrán programar una cita con el médico dentro de las siguientes 24 horas.

Atención médica de emergencia

¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se presta la atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Un "padecimiento médico de emergencia" se caracteriza por síntomas repentinos y agudos de tal severidad (inclusivo dolor muy fuerte), que una persona que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina podría deducir de manera

razonable que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;
- sufrir desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada que es miembro de CHIP, poner en grave peligro la salud del miembro de CHIP o del niño por nacer.

"Afección de salud conductual de emergencia" significa cualquier padecimiento (sin importar la naturaleza o causa del padecimiento), que, según la opinión de una persona con conocimientos promedio de la salud y la medicina:

- requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

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

"Servicios de emergencia" y "atención médica de emergencia" significan los servicios de atención médica que se prestan dentro o fuera de la red de los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital, institución independiente o un centro comparable, para evaluar y estabilizar padecimientos médicos o de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen exámenes de detección u otras evaluaciones exigidas por leyes estatales o federales, que sean necesarios para determinar si existe un

padecimiento médico, de salud mental o de abuso de sustancias de emergencia.

¿Cuánto tiempo debemos esperar mi hijo o yo para que nos atiendan?

La atención médica de emergencia está a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo necesitamos atención dental de emergencia?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al **1-877-451-5598**.

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen al miembro en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

Citas con médicos fuera del área

Si necesita ver a un médico fuera de su área, comuníquese con Servicio para Miembros. Todas las citas fuera del área requieren autorización previa.

¿Qué hago si mi hijo o yo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?

Si usted o su hijo necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-877-451-5598** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si usted o su hijo necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis a Servicio para Miembros al **1-877-451-5598**.

¿Qué debo hacer si mi hijo o yo estamos fuera del estado?




Si tiene una emergencia mientras se encuentra fuera del estado, vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué hago si mi hijo o yo fuera del país?

CHIP no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Cuándo visitar a mi médico, recibir atención médica de urgencia o ir a la sala de emergencias

Proveedor de atención médica	¿Por qué visitar a este proveedor de atención médica?	¿Qué tipo de servicios brinda?	¿Cuánto tiempo debo esperar?
<p>Proveedor de cuidado primario (PCP)</p> 	<p>Su proveedor de cuidado primario conoce su historial de salud. Es quien le hace controles regulares, le brinda atención urgente, le receta los medicamentos o suministros que usted necesita y lo refiere o deriva a un especialista cuando es necesario. Siempre que sea posible, llame a su proveedor de cuidado primario y si es necesario lo derivarán a un hospital o centro de cuidado urgente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controles rutinarios del niño • Vacunas • Controles de seguimiento • Vacunas contra la gripe • Prueba de embarazo • Tratamiento de afecciones cutáneas menores 	<p>Su hijo o usted podrán ser atendidos para cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas. Con una cita programada, el tiempo de espera puede ser menor.</p>
<p>Centro de atención de urgencias</p> 	<p>Los centros de atención de urgencias ofrecen tratamiento en caso de lesiones o enfermedades que requieren atención médica inmediata, pero que no son suficientemente graves para requerir una visita a la sala de emergencias. Si su proveedor de cuidado primario no está disponible, vaya a un centro de atención de urgencias.</p>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de oídos • Infecciones menores o comunes (por ejemplo, infecciones de garganta) • Cortes pequeños • Torceduras y dolores musculares • Fracturas menores • Quemaduras menores 	<p>Su hijo o usted deben ser atendidos dentro de las 24 horas. Los centros de atención de urgencias suelen atender fuera del horario regular de un PCP. Se puede ingresar sin cita previa, pero los tiempos de espera pueden variar.</p>
<p>Sala de emergencias (ER)</p> 	<p>Las salas de emergencias ofrecen tratamiento inmediato para afecciones médicas potencialmente mortales. Si usted tiene síntomas graves o considera que su condición médica es potencialmente mortal, vaya a la sala de emergencias o llame al 911.</p>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de aliento • Dolor en el pecho o en el abdomen • Heridas abiertas grandes • Quemaduras importantes • Lesiones graves en la cabeza • Fracturas grandes • Sangrado incontrolable • Agresión criminal (atracó, violación, herida cortante, herida de bala) • Envenenamiento o sobredosis de medicamentos o alcohol • Peligro para uno mismo o para otros • Reacción alérgica grave o mordedura de un animal 	<p>Su hijo o usted pueden ser atendidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Sin embargo, los tiempos de espera pueden ser mayores porque los pacientes con emergencias potencialmente mortales son tratados en primer lugar.</p>

Salud Preventiva o Autogestión

Educación para la salud

¿Qué clases de Educación para la salud ofrece Driscoll Health Plan?

Nos queremos que te mantengas saludable. Driscoll Health Plan proporciona información sobre cosas tales como:

- Vacunas
- Chequeos de niño sano
- Diabetes
- Asma
- Embarazo

Puede obtener esta información de:

- Manual del Miembro o Paquete de Bienvenida
- Boletín de los miembros
- Sitio web de DHP
- Administradores de casos y trabajadores sociales

Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud

DHP enviarán mensajes de texto de educación para la salud. Los miembros pueden optar por no participar en cualquier momento. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Atención para bebés y niños

Atención del recién nacido

¿Puedo elegir un proveedor de cuidado primario para mi bebé antes de que nazca?

Sí. Llame a Servicios para Miembros y elija un proveedor de cuidado primario para el bebé.

¿Cómo y cuándo puedo cambiar el proveedor de cuidado primario de mi bebé?

Si no elige un proveedor de cuidado primario para su bebé, Driscoll Health Plan seleccionará un médico por usted. Si prefiere un proveedor de cuidado primario distinto del que le asignaron, puede llamar a Servicios para Miembros y cambiar de proveedor.

Para miembros de CHIP Perinatal

¿Cómo obtengo cobertura para mi bebé recién nacido?

Si usted cumple ciertos requisitos de ingresos, su bebé será incorporado a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de su fecha de nacimiento.

Su bebé seguirá recibiendo servicios a través del programa CHIP si cumple con los requisitos de CHIP Perinatal. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, comenzando con el mes de inscripción como niño por nacer.

¿Cómo y cuándo informo al Driscoll Health Plan y a mi asistente de casos?

Es importante que llame a Servicios para Miembros tan pronto como nazca su bebé. Podemos ayudarle a obtener servicios de salud para su bebé. Después de que su bebé haya nacido, comuníquese con su asistente de casos llamando al 2-1-1 o 1-877-541-7905, quien podrá responder las preguntas sobre Medicaid de su bebé.

¿Puedo cambiar el plan de salud de mi bebé?

Al menos durante 90 días a partir de la fecha de nacimiento, su bebé estará cubierto por el mismo plan de salud donde usted se haya inscrito. Usted puede solicitar un cambio de plan de salud antes de los 90 días llamando al agente de inscripción al

1-800-964-2777. No puede cambiar de plan de salud mientras su bebé esté en el hospital.

Controles rutinarios del niño

¿Qué son los controles rutinarios del niño?

Los controles rutinarios del niño brindan atención preventiva médica y dental a niños del programa CHIP desde su nacimiento hasta los 18 años. Estos controles se ofrecen sin costo para usted.

El control rutinario del niño le brinda a su hijo:

- Controles médicos a partir del nacimiento, sin costo
- Controles dentales a partir de los 6 meses, sin costo

¿Por qué es importante el control rutinario del niño?

Este chequeo es muy importante y ayuda a su hijo a mantenerse saludable. Es posible que encuentres problemas de salud antes de que empeoren y sean más difíciles de tratar. Puede ayudar a prevenir problemas de salud que dificultan que su hijo aprenda y crezca. También ayuda a su hijo a tener una sonrisa saludable.

Por favor, llame al médico de su hijo tan pronto como sea posible para programar esta cita. Si necesita ayuda para programar su cita, llame a Servicios para Miembros.

Si el médico o el dentista de su hijo detectan un problema de salud durante un control, su hijo puede recibir el cuidado que necesita, tal como:

- Exámenes de ojos y anteojos
- Pruebas de audición y audífonos
- Otros cuidados dentales y de la salud

¿Cuándo debe mi hijo hacerse un control rutinario?

Programa de controles rutinarios del niño	
Nacimiento a 1 año	1 año en adelante
<p>Los bebés necesitan controles de salud a estas edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 días • 1 a 2 semanas • 2 meses • 4 meses • 6 meses • 9 meses <p>Los médicos comprueban si el bebé es saludable y crece normalmente.</p> <p>Los controles dentales comienzan a los 6 meses. En ese momento, el dentista aplica flúor en los dientes del bebé. Los PCP también pueden aplicar barniz dental.</p>	<p>Los niños pequeños necesitan controles de salud a estas edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 meses • 15 meses • 18 meses • 24 meses • 30 meses • 3 años en adelante, el día del cumpleaños de su hijo o poco tiempo después <p>En ese momento, el médico revisa la audición y la visión de su hijo.</p> <p>Su hijo necesita controles dentales cada 6 meses.</p>
De 5 a 10 años	De 11 a 19 años
<p>Los niños más grandes necesitan controles de la salud una vez al año. Programe la visita en la fecha de cumpleaños de su hijo, que es una manera simple de recordarla.</p> <p>El dentista puede aplicar selladores en los dientes del niño, para ayudar a evitar las caries dentales.</p>	<p>Los adolescentes y adultos jóvenes necesitan exámenes médicos una vez al año. Programe la visita en la fecha de cumpleaños de su hijo, que es una manera simple de recordarla.</p> <p>Su PCP puede hablar con su hijo para indicarle cómo llevar un estilo de vida saludable.</p>

Inmunizaciones (vacunas)

¿Por qué es importante recibir las inmunizaciones?

Las inmunizaciones son vacunas aplicadas por el proveedor de cuidado primario. Los bebés tienen un mayor riesgo de contagiarse enfermedades infecciosas como las paperas y el sarampión. Estas vacunas ayudan a prevenir el contagio de la enfermedad y protegen a bebés y niños contra las complicaciones peligrosas.

Driscoll Health Plan quiere ayudar a que usted y su familia se mantengan saludables. Queremos que reciba todas las vacunas cuando corresponda.

Durante el primer año, usted debe llevar a su hijo al médico cada varios meses para los controles rutinarios del niño. En esas visitas se le aplicarán las vacunas.

Driscoll Health Plan pagará por sus vacunas y las de su hijo. No le costarán nada.

Usted debe programar las citas y llevar a su hijo para que les apliquen las vacunas. Su proveedor puede ayudarle a programar visitas regulares para que puedan recibir todas sus vacunas.

Para acceder a las tablas más actuales, visite el sitio web de los CDC:

[cdc.gov/vaccines](https://www.cdc.gov/vaccines)

También puede visitar el sitio web de Driscoll Health Plan:

driscollhealthplan.com/immunization-schedules

Salud de la mujer

¿Qué debo hacer si mi hija o yo necesitamos atención obstétrica/ginecológica?

¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo para usted y su hija sin una referencia del proveedor

de atención primaria. Un obstetra/ginecólogo puede brindarle:

- Un control de la salud femenina por año.
- Atención médica relacionada con el embarazo.
- Atención de cualquier condición médica femenina.
- Referidos o derivaciones a especialistas dentro de la red.

Driscoll Health Plan permite que su hija y usted elijan cualquier obstetra/ginecólogo, ya sea que el médico pertenezca o no a la misma red que el proveedor de cuidado primario de su hija o el suyo.

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Para elegir un obstetra/ginecólogo, llame a Servicios para Miembros. También puede designar a su obstetra/ginecólogo como proveedor de cuidado primario. Si usted quiere que el obstetra/ginecólogo sea su proveedor de cuidado primario, llame a Servicios para Miembros.

Si no elijo un obstetra/ginecólogo, ¿sigo teniendo acceso directo o necesitaré un referido o derivación?

Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo para su hija y para usted sin un referido o derivación de su proveedor de cuidado primario o del de su hija.

¿Necesitaré un referido?

No, usted no necesitará un referido de su proveedor de cuidado primario para consultar a un obstetra/ginecólogo.

¿Cuánto debemos esperar mi hija o yo para ver a un obstetra/ginecólogo después de llamar para programar una cita?

Usted o su hija podrán programar una cita dentro de las siguientes dos semanas a partir de su pedido.

¿Podemos mi hija y yo continuar con un obstetra/ginecólogo que no pertenece a Driscoll Health Plan?

Si usted tiene al menos seis meses de embarazo, puede continuar con el mismo ginecólogo/obstetra, incluso si el médico no pertenece al Driscoll Health Plan. Para más información, llame a Servicios para Miembros.

Exámenes y Estudios

Driscoll Health Plan le ofrece exámenes y estudios de rutina. Es posible que CHIP no le ofrezca ciertos servicios. El Programa Healthy Texas Women puede ayudarle a complementar ciertas necesidades femeninas. Para obtener más información, visite: healthytexaswomen.org/es

Mamografías

Las mamografías son radiografías de las mamas que permiten detectar el cáncer de seno. Este estudio ayuda a reducir el número de casos de cáncer y aumenta la tasa de supervivencia. Una mamografía puede detectar el cáncer de mama, incluso antes de que aparezcan los síntomas.

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda mamografías anuales a partir de los 40 años. Las mujeres de 20 a 30 años necesitan hacerse exámenes clínicos de mamas cada tres años. Si existen antecedentes familiares u otros factores de riesgo, es posible que algunas mujeres necesiten hacerse pruebas de detección más temprano.

Atención médica para mujeres embarazadas

¿Qué sucede si estoy embarazada o mi hija está embarazada?

Es muy importante que llame a Driscoll Health Plan para informarnos que está embarazada y qué médico eligió para atenderse.

¿A quién debo llamar?

Si está embarazada, llame a Servicios para Miembros. Es muy importante que comience el cuidado prenatal inmediatamente.

Atención médica durante el embarazo

Hay muchas cosas que puede hacer para tener un embarazo saludable y un bebé sano. Algunas de las cosas que usted puede hacer para mantenerse saludable son:

- Hacer una visita prenatal dentro de los 42 días de inscribirse en Driscoll Health Plan o dentro de los tres primeros meses de su embarazo.
- Informar a su proveedor sobre su historia de embarazos.
- No fumar, beber o abusar de medicamentos recetados.
- Tomar vitaminas prenatales.
- Seguir una dieta sana.
- Cuidar sus dientes y hacerse controles dentales regulares.

Administración de casos para mujeres embarazadas

La administración de casos para mujeres embarazadas proporciona servicios a las pacientes de alto riesgo de todas las edades. Nuestras enfermeras la ayudarán con cualquier servicio médico, social o educativo que pueda necesitar. La enfermera administradora de casos puede:

- Comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico.
- Ayudarle a encontrar un obstetra/ginecólogo.
- Evaluar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Educarla sobre el embarazo.
- Ayudarle a coordinar visitas de necesidades especiales y servicios de transporte.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la administración de casos de Driscoll Health Plan al **1-877-222-2759**.

Servicios y educación para miembros embarazadas

Get Ready for Baby – Baby shower educativos

Driscoll Health Plan quiere ayudarle a evitar que su bebé nazca antes de tiempo. Cada mes organizamos baby showers. Puede inscribirse en una clase programada. Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona o virtuales. En ellos le enseñaremos diversos temas:

- Comidas sanas y la lactancia materna.
- Cómo el tabaquismo, el alcohol y las drogas pueden afectar a usted y a su bebé.
- A qué debe prestar atención si hay problemas durante su embarazo.
- Las siete señales del parto prematuro y cuándo buscar ayuda.
- Cosas que puede esperar durante el trabajo de parto y el nacimiento de su bebé.

El Programa Get Ready for Baby también ofrece:

- Asesoramiento nutricional (sin costo)
- Consultas sobre amamantamiento (sin costo)

Para obtener una lista de nuestras clases de baby showers y clases de crianza, visite:

driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby

Programa Text4baby

Reciba mensajes de texto en su teléfono celular cada semana. Los mensajes de Text4baby le darán consejos sobre el embarazo y más. Para inscribirse, envíe la palabra BABY al 511411. También puede inscribirse usando la aplicación Text4baby. Descárguela gratis en las tiendas de aplicaciones de

Google Play o App Store. Obtenga más información en text4baby.org

El virus del Zika

¿Qué es el virus del Zika?

El virus del Zika se transmite principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado. El virus del Zika puede ser transmitido por una madre embarazada a su hijo(a) y a través del contacto sexual con un compañero masculino infectado.

¿Dónde se encuentra el virus del Zika?

Hay brotes del virus del Zika en muchos países. Dentro de los Estados Unidos, el virus del Zika está presente en los condados del sur de Texas.

¿Quién está en riesgo?

El virus del Zika durante el embarazo puede causar defectos graves, incluyendo una rara enfermedad cerebral en la cual la cabeza del bebé es más pequeña de lo normal.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas son parecidos a los de la gripe. En general, la enfermedad asociada con el virus del Zika es leve y los síntomas duran de varios días a una semana. Los síntomas más comunes con el virus del Zika son fiebre, sarpullido, dolor de articulaciones y conjuntivitis.

Por el momento, todas las mujeres embarazadas deben hacerse una prueba durante el embarazo. Si tiene dudas, consulte a su obstetra o médico de cuidado primario.

¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?

Por el momento no existe una vacuna para prevenir el virus del Zika, pero sí hay formas de protegerse. Todas las mujeres embarazadas deben aplicarse aerosoles o lociones repelentes de mosquitos durante el embarazo. Estos aerosoles o lociones repelentes de

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

mosquitos son seguros cuando se aplican correctamente y también son seguros para el bebé por nacer. Siempre lea las instrucciones en la etiqueta antes de usarlos. También puede ayudar usar prendas de vestir que protejan la piel. Como el virus del Zika puede transmitirse por vía sexual, se recomienda además a todas las mujeres embarazadas que habiten las áreas afectadas que hagan que sus parejas usen condones.

¿Cómo puedo obtener un spray/loción para mosquitos?

Puede obtener un spray/loción para mosquitos sin costo alguno para usted. Obtenga una receta de su médico. Luego, lleva esa receta a su farmacia, y le darán el repelente de mosquitos. Para obtener más información, visite:

txvendordrug.com/about/manuals/pharmacy-provider-procedure-manual/p-9-formulary-coverage/mosquito-repellents

Extractor de leche

¿Por qué puede necesitar un extractor de leche?

- Su bebé es prematuro y no puede succionar.
- Su bebé tiene graves problemas de alimentación.
- Usted no produce suficiente leche debido a una enfermedad.
- Usted y su bebé deben estar separados.
- Usted tuvo más de un bebé.
- Por otras razones aprobadas por Driscoll Health Plan.

¿Cómo conseguir un extractor de leche?

No se requiere aprobación:

- Si su médico le da una receta para un extractor de leche manual o eléctrico simple que cuesta \$300 o menos.

- Puede obtener una receta después del nacimiento del bebé hasta 12 meses después del parto.

Se requiere aprobación:

- Si su médico le da una receta para un extractor de leche eléctrico de grado hospitalario que cuesta más de \$300.
- Usted tuvo más de un extractor de leche por embarazo o en los últimos tres años, según cuál sea mayor.
- Su médico deberá obtener la aprobación de Driscoll Health Plan.

¿Dónde puedo obtener un extractor de leche?

Driscoll Health Plan cubre los extractores de leche con una receta de su médico. Puede obtener un extractor de leche de:

- aeroflowbreastpumps.com
- breastpumpdepot.com
- Farmacia de la red de Driscoll Health Plan
- Proveedor de equipos médicos duraderos

Para encontrar una farmacia o un proveedor participante, visite driscollhealthplan.com o llame a Servicios para miembros para obtener ayuda.

Ayuda después del embarazo

Extensión de la cobertura de Medicaid posparto

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) proporcionará 12 meses de cobertura CHIP (Programa de seguro médico para niños) posparto. Los 12 meses de cobertura posparto comienzan el mes posterior a la finalización del embarazo.

¿Quién es elegible para la cobertura posparto extendida?

- Miembros de CHIP que están embarazadas o quedan embarazadas y una mujer que se inscribe porque queda embarazada.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

- Miembros de CHIP que se inscribieron mientras estaban embarazadas o que ya no están embarazadas pero aún se encuentran dentro de su período posparto de 12 meses.
- Las mujeres que hicieron la transición de CHIP a Healthy Texas Women (HTW) después de que terminó su embarazo y que se encuentran dentro de su período posparto de 12 meses serán restituidas a la cobertura completa con CHIP.

Los beneficiarios de CHIP Perinatal (CHIP-P) no son elegibles para 12 meses de cobertura posparto. Continuarán recibiendo cobertura CHIP-P hasta fin de mes cuando finalice su embarazo, más dos visitas posparto.

¿Necesito volver a presentar una solicitud para obtener la cobertura posparto extendida?

Si es miembro de CHIP, no necesita presentar una solicitud para ampliar su cobertura. Recibirá un aviso por correo o a través de su cuenta Your Texas Benefits.

Su cobertura se restablecerá por el resto del período posparto de 12 meses si no es miembro actual de CHIP. También debe haber estado inscrita en CHIP durante el embarazo, estar dentro de su período posparto de 12 meses y aún ser residente de Texas.

¿Qué otros servicios cubiertos por CHIP puedo obtener durante el período posparto extendido?

Estos incluyen, entre otros:

- Revisiones médicas periódicas.
- Medicamentos recetados y vacunas.
- Atención y servicios hospitalarios.
- Radiografías y pruebas de laboratorio.
- Atención de la visión y la audición.
- Acceso a especialistas médicos y atención de salud mental.

- Tratamiento de necesidades especiales de salud y condiciones preexistentes.

¿Existe alguna razón por la que es posible que no tenga cobertura durante el período posparto extendido?

Es posible que no esté cubierto si:

- retirarse voluntariamente
- mudarse fuera de Texas
- dejar de ser elegible debido a fraude, abuso o perjurio
- morir

Para obtener más información sobre la cobertura extendida posparto, visite

hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-programs-services/medicaid-pregnant-women-chip-perinatal o llame al 2-1-1 y elija Opcion 2.

Visita posparto

Es importante que usted se cuide incluso después de que nazca su bebé. Llame a su médico para programar su chequeo posparto lo antes posible. Su chequeo debe completarse dentro de los 7 a 84 días posteriores al nacimiento de su bebé.

Durante su visita posparto, puede hablar con su médico sobre:

- Tus sentimientos
- Salud de los senos
- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Señales de advertencia materna que puedes tener durante el período posparto

Algunas mujeres pueden experimentar complicaciones relacionadas con el embarazo hasta un año después del embarazo. Estas complicaciones pueden poner en peligro la vida si no se identifican y tratan a tiempo.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

La campaña Hear Her proporciona información sobre afecciones comunes que pueden aumentar los riesgos para la salud materna. Para obtener más información, visite cdc.gov/hearher/index.html

Educación posparto

Después del parto, ofrecemos a las nuevas madres visitas en el hogar y una clase de crianza de niños. Durante esta visita y la clase, usted aprenderá cosas como:

- La necesidad de hacerse un control de posparto
- Controles de la salud del recién nacido
- Cuidado neonatal básico
- Vacunación
- Consejos de seguridad

Healthy Texas Women

Healthy Texas Women (HTW) ofrece servicios desde exámenes anuales y planificación familiar hasta exámenes y tratamientos de enfermedades.

- HTW brinda servicios de salud y planificación familiar a mujeres de 18 a 44 años sin costo alguno.
- HTW también brinda servicios a mujeres entre 15 y 17 años de edad y tienen un padre o tutor legal que solicita, renueva e informa cambios en su caso en su nombre.
- El Programa de Planificación Familiar brinda planificación familiar y atención médica reproductiva a mujeres y hombres elegibles de 64 años o menos a bajo costo o sin costo alguno.
- Los servicios de cáncer de mama y de cuello uterino también pueden estar disponibles para ayudar a las mujeres a obtener exámenes de detección de cáncer y servicios de salud.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través de Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Healthy Texas Women

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

Número gratuito: 1-866-993-9972

Número de fax: 1-866-993-9971

Sitio web: healthytexaswomen.org

Manejo de casos y de enfermedades

¿Qué es la administración de casos?

La administración de casos le ayuda a manejar sus necesidades de cuidado de la salud. Driscoll Health Plan le ofrece educación individual con enfermeras y ayuda para obtener otros recursos.

¿Qué es el manejo de enfermedades?

La administración de casos le ayuda a manejar su salud. Nuestros administradores de casos le ayudarán si usted tiene asma, diabetes, alguna enfermedad mental o de otro tipo. Trabajaremos con usted y su médico para mantenerlo orientado. Nosotros le recordaremos el cuidado preventivo que necesite para mantenerse saludable.

¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia (ECI)?

ECI es un programa para niños, desde el nacimiento hasta los tres años, que tienen discapacidades, retrasos en el desarrollo, sospecha de retrasos o riesgo de tener retrasos. ECI también trabaja con bebés que pueden haber fallado en el examen de audición o de la vista para garantizar que eviten retrasos en el desarrollo del niño. ECI proporciona evaluaciones sin costo alguno. ECI ayudará a los niños a obtener los servicios necesarios, como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla e intervención del comportamiento. Los servicios de

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

ECI terminan en el tercer cumpleaños de su hijo, pero algunos niños se van antes de cumplir los 3 años. ECI también ofrece servicios de transición cuando el niño cumple 3 años.

La Administración de Casos de Driscoll Health Plan se coordinará con los Programas ECI locales para crear un plan para su hijo.

¿Necesito un referido o derivación?

Usted puede auto-referirse y no necesita un referido de un proveedor de cuidado primario.

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Puede llamar a la administración de casos para obtener más información al **1-877-222-2759** y solicitar ayuda para localizar un proveedor de ECI.

Miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN)

Driscoll Health Plan identifica a los miembros con necesidades especiales de cuidado de la salud (MSHCN). Esto incluye a miembros con discapacidades, condiciones médicas crónicas y de salud conductual.

Los miembros disponen de servicios de administración de casos. Los administradores de casos trabajarán con las familias y sus proveedores de cuidado de la salud para crear un plan de atención médica. Este plan incluirá cuidado primario especial preventivo y otros servicios de atención de la salud que un miembro pueda necesitar.

Administración de casos de salud conductual

¿Qué son los servicios de rehabilitación de salud mental y la administración dirigida de casos de salud mental?

Como parte del paquete de beneficios de cuidado administrado, usted recibirá los siguientes servicios de salud mental:

Servicios para Miembros de CHIP: 1-877-451-5598

- Administración de casos dirigida
- Servicios de rehabilitación de la salud mental

Servicios incluidos en la rehabilitación de la salud mental:

- Servicios de intervención de crisis
- Servicios de capacitación y apoyo en medicación
- Servicios de rehabilitación psicosocial
- Servicios de capacitación y desarrollo de habilidades
- Programas de día para necesidades agudas

Llame a la administración de casos al **1-877-222-2759** para solicitar ayuda.

Salud conductual

¿Cómo obtengo ayuda si tengo un trastorno de salud conductual (mental)?

Usted puede obtener ayuda para los problemas de salud mental y abuso de drogas. Si necesita ayuda llame a la línea de ayuda de salud conductual, 1-833-532-0218. Puede llamar durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted debe elegir un proveedor dentro de nuestra red de servicios de salud mental.

Estos servicios son privados, de modo que no necesita que un proveedor de cuidado primario acepte brindárselos.

Si usted tiene una emergencia relacionada con problemas de salud mental o abuso de drogas o alcohol, diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911** para pedir una ambulancia.

Servicios de salud conductual

¿Cómo obtener servicios de rehabilitación de salud mental y administración dirigida de casos de salud mental para mí o para mi hijo?

Solicite ayuda a Servicios para Miembros.

Servicios por abuso de sustancias

Si necesita servicios por abuso de sustancias, llame a la línea de ayuda de salud conductual, 1-833-532-0218. Para obtener ayuda también puede llamar a Servicios para Miembros.

¿Necesito una referencia para esto?

Puede ir a un proveedor de Driscoll Health Plan sin una referencia de su proveedor de atención primaria.

La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en las Adicciones

Driscoll Health Plan sigue todas las leyes y regulaciones para la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en las Adicciones. Protege contra el trato injusto y desigual con respecto a los beneficios proporcionados por nuestro plan.

Servicios especiales

Servicios de interpretación

¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico o el médico de mi hijo?

Sí. El consultorio de su médico hará los arreglos para que un intérprete le ayude durante su visita.

¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?

Llame al consultorio de su médico para obtener ayuda.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Los servicios de intérpretes por teléfono no requieren notificación previa.

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

El intérprete que el consultorio de su médico solicite para usted puede ir al consultorio. Comuníquese con el consultorio de su médico al menos 48 horas antes para hacer los arreglos.

Beneficios y servicios

Las referencias a “usted,” “mi/su,” y “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo/su hijo” se aplican si el niño es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinate.

¿Cuáles son los beneficios de CHIP para mí o mi hijo?

Para obtener una lista completa de los beneficios, consulte la tabla de beneficios incluida en página 30.

¿Cómo obtener estos servicios para mí o para mi hijo?

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**. Nos complaceremos en explicarle cómo usted o su hijo pueden obtener estos beneficios.

¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?

Para obtener información sobre los límites de cualquier servicio, consulte la lista de servicios cubiertos en la tabla de beneficios de la página 30-43.

¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal para recién nacidos?

Los beneficios del programa CHIP Perinatal para bebés recién nacidos son los mismos que para los miembros de CHIP. Los beneficios para la madre del bebé se describen en el Manual para Miembros del programa CHIP Perinatal.

¿Cómo puedo obtener estos servicios para mi hijo?

Los beneficios del programa CHIP Perinatal para recién nacidos comienzan en el momento del nacimiento.

¿Qué beneficios tendrá mi bebé al nacer?

Su bebé recién nacido se considera miembro de CHIP y sus beneficios serán los mismos que para otros miembros de CHIP.

¿Qué servicios no están cubiertos?

En las páginas 50 - 51 de este manual encontrará una lista de los servicios que no están cubiertos por CHIP.

Los miembros pueden solicitar una revisión de los servicios que no están cubiertos. Los miembros también pueden solicitar una revisión de los servicios cuando se haya alcanzado el límite de sus beneficios. DHP puede revisar la solicitud de servicios caso por caso. Las aprobaciones se basan en la necesidad médica, el costo y si beneficiará la salud del miembro. DHP le pedirá que proporcione documentación clínica para respaldar la necesidad médica de los servicios.

Inscripción simultánea de familiares en CHIP y CHIP Perinatal

Si usted tiene otros hijos inscritos en el programa CHIP, serán transferidos a Driscoll Health Plan. Los copagos, los costos compartidos y gastos de inscripción para los niños inscritos en el programa CHIP. Un niño por nacer inscrito en el programa CHIP Perinatal será transferido a Medicaid para recibir 12 meses de cobertura continua de Medicaid, desde la fecha de su nacimiento, si el niño vive en una familia con un ingreso igual o menor al límite de elegibilidad de Medicaid. Un niño por nacer seguirá recibiendo cobertura por CHIP después de nacer como miembro “recién nacido de CHIP Perinate” si el niño vive en una familia con ingresos mayores al límite de elegibilidad de Medicaid.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tabla De Beneficios

La siguiente tabla contiene información sobre sus beneficios, limitaciones y copagos:

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
Servicios de hospital agudos generales y de rehabilitación para pacientes internados	<p>Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o de proveedor brindados en el hospital • Habitación semiprivada y comida (habitación privada si es médicamente necesaria según lo certificado por el médico tratante) • Cuidado general de enfermería • Enfermería especial cuando sea médicamente necesaria • Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y sus servicios • Comidas para miembros y dietas especiales • Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas • Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas • Sangre o hemoderivados que no se provean sin cargo al miembro y su administración • Radiografías, estudios de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro) • Exámenes de diagnóstico por equipos (EEG, EKG, etc.) • Servicios de oxígeno y terapia de inhalación • Radiación y quimioterapia • Acceso a centros perinatales de nivel III designados por DSHS u hospitales que ofrecen niveles de atención equivalentes • Servicios médicos o de centros médicos, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. • Servicios de hospital, médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con el cuidado dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa para cuidado sin carácter de emergencia y luego de la estabilización de una situación de emergencia • Requiere autorización para servicios médicos o de un centro médico, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. 	Se aplica el nivel de copago correspondiente a pacientes internados

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes internadas asociadas con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios para pacientes internadas asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilatación y legrado (D&C); ○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado; ○ ecografías; y ○ examen histológico de muestras de tejido. • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios para pacientes internadas por mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ○ prótesis mamaria externa para la mama en que se haya realizado el procedimiento de mastectomía médicamente necesario; ○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y ○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no se consideran para el límite de 12 meses de los DME. • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieran intervención quirúrgica y se entreguen como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente esbozado para tratar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Labio leporino y/o paladar hendidos; o ○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o ○ Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones 		

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	sindromicas congénitas y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.		
Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)	Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada y comidas • Servicios de enfermería regulares • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por el centro 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización y orden del médico • Límite de 60 días por plazo de 12 meses 	No se aplican copagos
Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria	Se incluyen, entre otros, los siguientes servicios proporcionados en la clínica o sala de emergencia del hospital, una clínica o centro de salud, departamento de emergencia hospitalario o un entorno de cuidado de la salud ambulatorio: <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, estudios de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Pruebas de diagnóstico mediante equipos • Servicios de centro de cirugía ambulatoria • Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas • Yesos, férulas, vendajes • Servicios de salud preventivos • Terapias físicas, ocupacional y del habla • Diálisis renal • Servicios respiratorios • Radiación y quimioterapia • Sangre o hemoderivados que no se ofrecen sin cargo al miembro y la administración de estos productos • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios para las pacientes ambulatorias, asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable, incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ procedimientos de dilatación y legrado (D&C); ○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado; ○ ecografías; y ○ examen histológico de muestras de tejido. 	Puede requerir autorización previa y orden de un médico	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica el nivel de copago aplicable a los servicios de medicamentos recetados • Los copagos no se aplican a los servicios preventivos

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos del centro y servicios relacionados, como anestesia, asociados con el cuidado dental, cuando se ofrecen en un centro quirúrgico ambulatorio licenciado • Implantes quirúrgicos • Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos • Los servicios ambulatorios proporcionados en un hospital ambulatorio o centro de cuidado de la salud ambulatorio para mastectomía y reconstrucción mamaria según sea clínicamente apropiado, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ○ prótesis mamaria externa para mama(s) en que se hayan realizado uno o más procedimientos de mastectomía médicamente necesarios; ○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y ○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas. • Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no se consideran para el límite de 12 meses de los DME • Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y proporcionados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar: <ul style="list-style-type: none"> ○ labio y/o paladar hendidos; o ○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o ○ Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento. 		

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
Servicios profesionales de médicos/auxiliares médicos	<p>Servicios hospitalarios generales de rehabilitación aguda e internado para pacientes hospitalizados</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles rutinarios del niño y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (lo cual incluye, entre otros, exámenes de detección de la visión y la audición e inmunizaciones) • Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internados o ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes y servicios de patología, lo cual incluye el componente técnico y/o la interpretación profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio médico • Pruebas de alergia, suero e inyecciones • Componente profesional (internado/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, lo cual incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, lo cual incluye un cuidado de seguimiento apropiado ○ Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o CRNA ○ Segundas opiniones quirúrgicas ○ Cirugía ambulatoria realizada en un hospital sin quedarse durante la noche ○ Procedimientos de diagnóstico invasivos, tales como exámenes endoscópicos • Servicios médicos hospitalarios (incluidos componentes técnicos e interpretativos realizados por un médico) • Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria, incluyen: <ul style="list-style-type: none"> ○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada; ○ externa de prótesis mamaria de la mama(s) en que sea médicamente 	<p>Puede requerir autorización para servicios especializados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se aplica el nivel de copago correspondiente a las visitas en el consultorio • Los copagos no se aplican a las visitas preventivas o prenatales después de la primera visita

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>necesario mastectomía Procedimiento(s) se han realizado;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y ○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas. <ul style="list-style-type: none"> ● Servicios médicos dentro o fuera de la red para una madre y su recién nacido, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. ● Servicios médicos asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que murió en el útero). Los servicios médicos asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ procedimientos de dilatación y legrado (D&C); ○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado; ○ ecografías; y ○ examen histológico de muestras de tejido. ● Servicios médicos médicamente necesarios para apoyar a un dentista que proporciona servicios dentales a un miembro de CHIP como anestesia general o sedación intravenosa (IV). ● Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y proporcionados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar: <ul style="list-style-type: none"> ○ labio y/o paladar hendidos; ○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o ○ asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento. 		

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares preembarazo	<p>El cuidado prenatal y médicamente necesario cubierto, ilimitado y asociado a enfermedades, afecciones o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo, así como las limitaciones y exclusiones para estos servicios, se describen en los servicios para pacientes internados, ambulatorios y médicos.</p> <p>Los beneficios de salud primarios y preventivos no incluyen los servicios y suministros de reproducción familiar antes del embarazo, o medicamentos recetados sólo para los fines de cuidado de la salud reproductiva primaria y preventiva.</p>		
Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables	<p>Los servicios cubiertos incluyen el DME (equipo que puede soportar un uso repetido, y se utiliza principal y habitualmente con fines médicos; en general no suele ser útil para una persona que no tenga una enfermedad, lesión o discapacidad, y es apropiado para su uso en el hogar), y dispositivos y suministros que son médicamente necesarios, se requieren para una o más actividades de la vida diaria, y son apropiados para ayudar con el tratamiento de una condición médica, lo cual incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos ortopédicos y ortésicos • Dispositivos dentales • Dispositivos protésicos como ojos artificiales, aparatos para las extremidades y prótesis mamarias externas • Anteojos y lentes de contacto protésicos para el tratamiento de una enfermedad oftalmológica grave • Audífonos • Suministros médicos descartables para un diagnóstico específico, lo cual incluye fórmula especializada recetada para un diagnóstico específico y suplementos dietéticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa y orden del médico • Límite de \$20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos descartables (los suministros y equipos para la diabetes no se consideran parte de este límite) 	No se aplican copagos
Servicios del centro de maternidad	Cubre servicios de maternidad provistos por un centro de maternidad licenciado.	Limitado a servicios del centro (por ejemplo, área de trabajo de parto y alumbramiento)	No se aplican copagos
Servicios prestados por un médico o enfermera partera certificada en un centro de	Cubre servicios prenatales y servicios de maternidad prestados en un centro de maternidad licenciado.	Limitado a un centro de maternidad licenciado	No se aplican copagos

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
maternidad licenciado			
Servicios de salud comunitarios y en el hogar	<p>Servicios provistos en el hogar y la comunidad, lo cual incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de enfermería privada (R.N., L.V.N.) • Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de salud en el hogar (puede incluir R.N. o L.V.N.) • Ayuda de salud en el hogar cuando se incluye como parte de un plan de cuidado durante un período en el que se han aprobado visitas especializadas • Terapia del habla, física y ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa y orden del médico • Los servicios no procuran sustituir al cuidador del niño ni proporcionarle relevo • Las visitas de Enfermería especializada se proporcionan en un nivel intermitente y no procuran proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas • Estos servicios no procuran reemplazar los servicios para pacientes internados las 24 horas o de un centro de enfermería especializada. 	No se aplican copagos
Servicios de salud mental para pacientes internados	<p>Servicios de salud mental, incluidos aquellos para enfermedades mentales graves, proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de cuidado agudo general y centros estatales, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa para servicios sin carácter de emergencia • No requiere un referido del proveedor de cuidado primario. • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados son solicitados por un tribunal 	Se aplica el nivel de copago correspondiente a pacientes internados

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p>competente de conformidad con las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas relacionados con internaciones en centros psiquiátricos ordenadas por un tribunal, la orden judicial es una determinación obligatoria de la necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación.</p>	
<p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de enfermedades mentales graves, comprenden los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas en una variedad de ambientes comunitarios (como entornos escolares y domiciliarios) y en centros operados por el estado • Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas • Administración de medicamentos • Tratamientos de rehabilitación diurnos • Servicios de tratamiento residencial • Servicios para pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación) • Capacitación de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere autorización previa. • No requiere un referido del proveedor de cuidado primario. • Cuando los servicios psiquiátricos ambulatorios son ordenados por un tribunal de jurisdicción competente en virtud de las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas relativas a compromisos solicitados por los tribunales a los centros psiquiátricos, la 	<p>El nivel de copago correspondiente también se aplica a las visitas en el consultorio.</p>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		<p>orden del tribunal sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) define al profesional de salud mental calificado para servicios comunitarios (QMHP-CS) en el Título 25 T.A.C., Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1), inciso 412.303 (48). Los QMHP-CS son proveedores que trabajan a través de un organismo de salud mental local o un organismo independiente, ambos contratados por el DSHS. Deben ser supervisados por un médico o profesional de la salud mental con licencia y ofrecen servicios según las normas del DSHS. Esos servicios incluyen capacitación en habilidades individuales y 	

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
		grupales (que pueden ser componentes de intervenciones, tales como tratamientos diurnos y servicios en el hogar), educación del miembro y la familia, y servicios de crisis.	
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	<p>Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales, que incluyen desintoxicación y estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial durante las 24 horas. • Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales: <ol style="list-style-type: none"> 1) una orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como condición de la libertad condicional; • La orden judicial sirve como una determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación; • Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considera encarcelado, según lo definido por la Sección 16.1 15.2 de la UMCM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa para servicios sin carácter de emergencia • No requiere un referido del proveedor de cuidado primario. 	<p>Se aplica el nivel de copago correspondiente a pacientes internados</p>
Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prevención e intervención de proveedores médicos y no médicos, tales como detección, evaluación y referidos o derivaciones por trastornos de dependencia química • Servicios ambulatorios intensivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere autorización previa. • No requiere un referido del proveedor de cuidado primario. • Servicios de tratamiento ambulatorio hasta un máximo de: 	<p>El nivel de copago correspondiente también se aplica a las visitas en el consultorio.</p>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización parcial • El tratamiento intensivo ambulatorio se define como un servicio organizado no residencial que ofrece terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida, y que consiste en no menos de 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día • El tratamiento intensivo ambulatorio se define como un servicio de al menos 1 a 2 horas semanales que ofrece terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida • Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias ambulatorios y residenciales como: <ol style="list-style-type: none"> 1) una orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o 2) como condición de la libertad condicional la orden judicial sirve como una determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o terminación de los servicios debe presentarse al tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación; • Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considera encarcelado, según lo definido por la Sección 16.1 15.2 de la UCMCM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa ambulatorio intensivo, hasta 12 semanas por un período de 12 meses. • Servicios ambulatorios, hasta seis meses por cada período de 12 meses 	
Servicios de rehabilitación	<p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de habilidades (proceso mediante el cual se brinda a un niño los medios para alcanzar las etapas del desarrollo apropiadas para su edad mediante terapia o tratamiento) y los servicios de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes: • Terapias físicas, ocupacional y del habla • Evaluación del desarrollo 	Requiere autorización previa y orden del médico	No se aplican copagos
Servicios de cuidado de hospicio	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para niños con una 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización y orden del médico 	No se aplican copagos

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<p>esperanza de vida de seis meses o menos, a fin de mantenerlos confortables durante sus últimas semanas y meses de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con una enfermedad terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio • Hasta un máximo de 120 días, con una esperanza de vida de 6 meses • Los miembros que eligen servicios de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento 	
<p>Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia</p>	<p>En condiciones de emergencia o durante el trabajo de parto y el nacimiento, Driscoll Health Plan no puede exigir la autorización como condición de pago. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia, según la definición de “condición médica de emergencia” de una persona común y prudente • Servicios de sala de emergencias, servicios complementarios y servicios médicos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto por proveedores dentro de la red como fuera de la red • Exámenes de diagnóstico médico • Servicios de estabilización • Acceso a hospitales o centros de traumatismo de Niveles I y II designados por el DSHS con niveles equivalentes de atención médica en cuanto a servicios de emergencia • Transporte de emergencia por tierra, aire o agua • Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a los dientes, extirpación de quistes y tratamiento de abscesos en dientes o encías 	<p>Es posible que requiera autorización para servicios posestabilización</p>	<p>Copagos correspondientes aplicables a las visitas que no sean a la sala de emergencia.</p>
<p>Administración de casos y servicios de coordinación de atención</p>	<p>Estos servicios incluyen información de divulgación, administración de casos, coordinación de atención y remisión a la comunidad</p>		
<p>Trasplantes</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según las pautas más actuales de la FDA, todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las 	<p>Requiere autorización</p>	<p>No se aplican copagos</p>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	formas de trasplante de córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante		
Beneficios de visión	Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de ojos para diagnosticar la necesidad de lentes correctivos y la correspondiente receta por un período de 12 meses, sin autorización • Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de marcos y lentes. • Se requiere autorización para lentes de protección y policarbonato y, cuando sea médicamente necesario, como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas. 	Nivel de copago correspondiente aplicable a las visitas en el consultorio facturadas por exámenes de refracción
Servicios quiroprácticos	Los servicios cubiertos no requieren receta médica y se limitan a subluxaciones vertebrales	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere autorización para doce visitas por cada período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades ofrecidas en una sola visita) • Se requiere autorización para visitas adicionales. 	El nivel de copago correspondiente se aplica a las visitas al consultorio de un quiropráctico
Programas antitabaco	Cubiertos hasta \$100 por un período límite de 12 meses para un programa aprobado por el plan <ul style="list-style-type: none"> • El plan de salud define cuál es el programa aprobado por el plan. • Puede estar sujeto a requisitos de medicamentos cubiertos. 	Requiere autorización	No se aplican copagos
Beneficios de medicamentos	Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para pacientes ambulatorios y productos biológicos; incluye medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y • Medicamentos y productos biológicos provistos como paciente internado. 	Algunos beneficios de medicamentos requieren autorización previa.	Se aplica el nivel de copago correspondiente a los beneficios de medicamentos dispensados por farmacias.

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales obtengo como miembro de Driscoll Health Plan?

Cuando usted se inscribe en Driscoll Health Plan, obtiene algunos servicios que CHIP no ofrece.

¿Qué es un servicio de valor añadido?

Almo de sus beneficios médicos regulares, Driscoll Health Plan ofrece servicios adicionales a nuestros miembros sin costo alguno. Driscoll Health Plan quiere que usted y su familia se mantengan saludables y disfruten de la vida. Por lo tanto, ofrecemos un servicio de valor añadido para todos los miembros de la familia.

¿Cómo puedo acceder a estos beneficios?

Para obtener más información sobre nuestros servicios de valor agregado, revise la tabla de servicios de valor añadido a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

Para obtener más información sobre los servicios de la vista, comuníquese con su proveedor de la vista.

Para obtener más información sobre los servicios dentales, comuníquese con su proveedor dental.

Si tiene preguntas sobre cómo obtener cualquiera de los servicios de valor añadido, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

* Estos servicios adicionales son válidos del 1 de septiembre de 2024 al 31 de agosto de 2025.

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Asma	Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de renovaciones continuas de medicamentos para controlar el asma.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Las renovaciones deben ser continuas
	Un juego de fundas de almohadas y de cama hipoalergénicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Un juego por miembro, por año
	Patrocinio por única vez para Camp Easy Breathers.	<ul style="list-style-type: none"> • 7 a 14 años • Se ofrece por orden de llegada • Debe cumplir los criterios médicos • Un patrocinio por miembro, de por vida
Programa de juego y ejercicio saludable	Membresías en el Boys & Girls Club	<ul style="list-style-type: none"> • 6 a 18 años • Las membresías se ofrecen por orden de llegada • Las ubicaciones incluyen: Alice, Beeville, Corpus Christi, Kingsville, Robstown, y Victoria

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Visión	\$150 para actualizar marcos, lentes, o lentes de contacto cada 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 18 años • Limitado a miembros que necesitan anteojos
Exámenes físicos para deportes y la escuela	Examen físico deportivo o escolar.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 18 años • Un examen físico por miembro, por año
Transportación	Transporte a cualquier visita o cita local relacionada con la salud. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Citas médicas • Citas de terapia • Citas de especialidad • Oficina de la Administración del Seguro Social • Eventos patrocinados por DHP 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe encontrarse dentro del área de servicio de Nueces • Debe encontrarse dentro de un radio de 25 millas o contar con autorización previa • La solicitud del servicio de transporte debe hacerse dos días antes de la visita • Hasta 5 pasajeros incluido el miembro de DHP y el padre o asistente • Para visitas fuera de la red o del área de servicio de Driscoll es necesario contar con la autorización previa de DHP
Salud y bienestar	Tarjeta de regalo de \$50 por participar en un programa de salud y bienestar, el cual incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Programa de deportes • Membresía en un gimnasio • Carrera de 5k • Clase de baile • Clase de arte • Clase de yoga • Lecciones de música 	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo por miembro, por año • Debe presentar un comprobante de participación
	Un botiquín de primeros auxilios por familia.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 5 años • Debe ser un miembro nuevo
	Un monitor de actividad para gestión del peso.	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 18 años • Debe cumplir los criterios médicos • Debe completar los módulos de aptitud física
	Tratamiento de eliminación de piojos	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres visitas por año • Se necesita la derivación del PCP • Clínicas participantes únicamente

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		<ul style="list-style-type: none"> • Puede tratar a miembros de la familia si el miembro de DHP califica para el tratamiento
Línea de asesoramiento de enfermeras	Línea de asesoramiento de enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Ayuda para miembros con diabetes	Bandas de resistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Miembro debe tener 7 años de edad o más. • Miembro debe cumplir con los criterios médicos • Miembro debe estar inscrito en la gestión de casos. • Un juego por miembro, por año
Salud conductual	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión de Triple P.	<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo de \$20 por clase, hasta 3 tarjetas de regalo por familia • Debe estar inscrito en una sesión de Triple P • Debe completar cada clase de Triple P • Debe completar un grupo de edad por nivel • Limitado a dos niveles diferentes
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un seguimiento de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • 6 años y mayores • El seguimiento debe hacer con un médico de salud mental • Debe hacerse dentro de los 7 días siguientes al alta del hospital de salud mental para pacientes hospitalizados
Programas de regalo	Hasta \$75 en tarjetas de regalo por completar un programa educativo de DHP o de Administración de casos.	<p><i>Las clases pueden ser presenciales o virtuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe inscribirse para las clases • No debe estar relacionado con ningún otro VAS
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se aplica una vacuna contra el COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 cartas de regalo por año • Debe presentar una copia de la tarjeta de vacunación

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe completar una clase de Kids in Safety Seats • Una tarjeta de regalo por familia
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar puntualmente cuatro controles de niños sano a su bebé recién nacido.	Debe completar cuatro de los siguientes controles rutinarios del niño: <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 días • 2 semanas • 4 meses • 6 meses • 9 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar los chequeos de niño sano a los 12 y a los 15 meses.	Debe completar los siguientes controles rutinarios del niño: <ul style="list-style-type: none"> • 12 meses • 15 meses
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar un chequeo anual de niño sano.	2 a 19 años
	Kit de ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres kits de ciclo menstrual por año • El miembro debe solicitar el kit
	Kit de materiales educativos braille	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 5 años • Debe cumplir con los criterios médicos • Uno por miembro, por año
Ayuda adicional para embarazadas Para obtener una lista de baby showers y clases de crianza, visite: driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby <i>Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona, o virtuales.</i>	Tarjeta de regalo de \$100 por completar a un baby shower educativo DHP Get Ready for Baby.	Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$50 por completar un chequeo posparto.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe realizarse de 7 a 84 días después del parto • Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control de la salud prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> • El chequeo médico debe realizarse dentro del primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción en DHP • Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar a una clase de crianza.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe asistir dentro de los 120 días del parto

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		<ul style="list-style-type: none"> • Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una visita a domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> • Mamás deben llamar para programar una visita a domicilio • La visita debe realizarse dentro de los 60 días siguientes al parto • Mamás se les hará una evaluación posnatal al finalizar la clase
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de riesgos de salud (HRA) durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ser un nuevo miembro embarazada • Debe completar la HRA de embarazo
	Membresía de un año en el servicio de entrega de comestibles SHIPT para embarazadas de alto riesgo.	Se debe identificar que tiene un embarazo de alto riesgo
	Orientación nutricional con un nutricionista.	<ul style="list-style-type: none"> • No debe calificar para otros programas de orientación nutricional • Debe ser un miembro embarazada
	Consultas de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • 2 sesiones por embarazo • Hasta 60 días después del parto
Beneficios para artículos de venta libre	Tarjeta de regalo de \$50 para artículos de venta libre.	<p>De 6 a 15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado 2 chequeos de niños sanos dentro de los 6 meses • Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse <p>De 13 a 18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debe tener 6 meses de elegibilidad continua • Debe haber completado 1 chequeo de niños sanos en un plazo de 12 meses • Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
	\$50 de reembolso en productos de venta libre para dejar de fumar o vapear.	<ul style="list-style-type: none">• 13 a 18 años• Un reembolso de por vida• Solo para productos no cubiertos por el administrador de beneficios de farmacia• Debe presentar un comprobante de compra
	Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children's Hospital.	<ul style="list-style-type: none">• Debe presentar su credencial de identificación de miembro de DHP• No se incluyen los beneficios cubiertos por CHIP

Exclusiones

¿Qué servicios no están cubiertos por Driscoll Health Plan?

- Tratamientos de infertilidad como paciente hospitalizado y ambulatorio o servicios reproductivos distintos del cuidado prenatal, trabajo de parto y alumbramiento y atención relacionada con enfermedades, malestares o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo
- Medicamentos anticonceptivos recetados sólo con el propósito de atender principal y preventivamente el cuidado de la salud reproductiva (no deben haber sido recetados para planificación familiar)
- Artículos de uso personal, lo cual incluye, entre otros, kits de cuidado personal provistos a pacientes que se internan, teléfono, televisión, fotografías de bebés recién nacidos, comidas para visitas que recibe el paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión
- Procedimientos o servicios experimentales y/o de investigación médica, quirúrgica o de otro tipo para el cuidado de la salud que generalmente no son empleados ni reconocidos dentro de la comunidad médica
- Tratamientos o evaluaciones requeridas por terceros, que incluyen, sin limitación, aquellas para escuelas, empleos, autorizaciones para vuelos, campamentos, seguros o tribunales que no sea un tribunal de jurisdicción competente de conformidad con los Capítulos 573 del Código de Salud y Seguridad de Texas, Subcapítulos Banda C, 574, Subcapítulo D o 462, Subcapítulo D, y Código de Familia de Texas Capítulo 55, Subcapítulo D.
- Dispositivos dentales exclusivamente con fines cosméticos
- Servicios de enfermería privada cuando se prestan a pacientes que están hospitalizados o internados en un centro de enfermería especializada
- Dispositivos mecánicos para el reemplazo de órganos; entre otros, un corazón artificial
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la hospitalización se realiza únicamente con propósitos de exámenes de diagnóstico, a menos que cuente con la autorización previa del Driscoll Health Plan
- Exámenes de próstata y mamografías
- Cirugía electiva para corregir la visión
- Procedimientos gástricos para perder peso
- Cirugías y servicios cosméticos exclusivamente con fines cosméticos
- Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, a excepción de atención de emergencia y servicios médicos para una madre y su bebé recién nacido por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones, y servicios proporcionados por un FQHC, según lo dispuesto en la Sección 8.1.22 del Contrato.
- Servicios, suministros, sustitutos de alimentos o suplementos ofrecidos para controlar el peso o para tratar la obesidad, a excepción de los servicios asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud
- Medicamentos recetados para pérdida o aumento de peso
- Servicios de acupuntura, naturopatía y hipnoterapia
- Inmunizaciones exclusivamente para viajar al extranjero
- Cuidado rutinario del pie, tal como cuidados higiénicos

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, cansados o pie plano, y corte o eliminación de callos, callosidades y uñas de los pies (no se aplica a la eliminación de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de las afecciones subyacentes de callos, callosidades y uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida cuando hayan sido confirmados por el miembro o el proveedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos de conveniencia
- Medicamentos de venta libre
- Aparatos ortopédicos principalmente con propósitos atléticos o recreativos
- Cuidado de custodia: Cuidado que ayuda a un niño con las actividades de la vida diaria, tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, preparar una dieta especial y supervisar los medicamentos que suelen auto administrarse o ser administrados por uno de los padres. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado. Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Limpieza y mantenimiento del hogar
- Servicios y cuidados en instalaciones públicas por afecciones médicas que las leyes federales, estatales o locales exigen sean brindados en un establecimiento público o bajo la custodia de autoridades legales
- Servicios o suministros recibidos de una enfermera que no requieren la preparación y capacitación de una enfermera
- Entrenamiento de la visión y terapia de la visión
- Los reembolsos por servicios escolares de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla no están cubiertos, excepto cuando son solicitados por un proveedor de cuidado primario
- Gastos no médicos de donantes
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud
- Cobertura mientras esté de viaje fuera de los Estados Unidos y territorios estadounidenses (tales como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, Guam, y la Samoa Americana)

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

<i>Equipo médico Duradero (DME)/Suministros</i>			
SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Vendas Ace		X	Excepción: Si son suministradas y facturadas a través de la clínica o agencia de cuidado en el hogar, están cubiertas como artículos secundarios.
Alcohol de fricciones		X	Suministro de venta libre.
Gasa con alcohol (diabetes)	X		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se compre con receta.
Gasa con alcohol	X		Cubierta únicamente cuando se utiliza con terapia intravenosa o kits/suministros para catéter venoso.
Epinefrina Ana-Kit	X		Kit de autoinyección utilizado por pacientes sumamente alérgicos a las picaduras de abejas.
Cabestrillo para brazo	X		Suministrado como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	X		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se indique en un plan de tratamiento.
Vendas		X	
Termómetro basal		X	Suministro de venta libre.
Baterías (primeras)	X		Para DME cubierto.
Baterías (reemplazo)	X		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso normal.
Betadine		X	Ver Suministros para terapia intravenosa.
Libros		X	
Clinitest	X		Para monitorización de diabetes.
Bolsas de colostomía			Ver Suministros para ostomía.
Dispositivos de comunicación		X	
Jalea anticonceptiva		X	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Casco craneal		X	
Dispositivos dentales	X		Cobertura limitada a dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Suministros para la diabetes	X		Solución para calibración del monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de punción y tiras de glucosa.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Pañales/calzones para incontinencia urinaria/paños absorbentes	X		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se indique en un plan de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	X		Para monitorización de diabetes.
Dieta, especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros para vendajes/catéter venoso	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, gasa con alcohol, gasa o ungüento con Betadine, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se ofrecen en un kit que incluye todos los elementos necesarios para cambiar un vendaje.
Suministros para vendajes/decúbito	X		Sólo tiene cobertura en caso de cuidados cubiertos en el hogar para el cuidado de heridas.
Suministros para vendajes/terapia intravenosa periférica	X		Sólo tiene cobertura en caso de terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para vendajes/otros		X	
Máscara contra el polvo		X	
Moldes para el oído	X		Hechos a medida, posteriores a la cirugía del oído interno o medio.
Electrodos	X		Tienen cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.
Suministros para enemas		X	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	X		Todos los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para cobertura. No están cubiertos los productos para nutrición enteral, excepto los recetados para trastornos metabólicos hereditarios, disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten a los alimentos llegar al intestino delgado, o por problemas de absorción debido a una enfermedad.
Parches oculares	X		Cobertura de pacientes con ambliopía.
Fórmula		X	Excepción: Sólo cubierta para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten a los alimentos llegar al intestino delgado, o problemas de malabsorción debido a una enfermedad (cuando es recetada por el médico y autorizada por

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
			<p>el plan, se espera que dure más de 60 días.) La documentación médica para justificar la receta de usar fórmula debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que resulta en una necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía o enfermedad que resulta en una malabsorción que requiere un producto nutricional médicamente necesario <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para miembros que puedan alimentarse con una dieta apropiada para su edad • Tradicionalmente utilizada para la alimentación infantil • En forma de pudín (excepto para personas con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben más del 50% de su ingesta calórica diaria con este producto) • Para el diagnóstico primario de retraso del desarrollo, fracaso en aumentar de peso o falta de crecimiento, o para bebés menores de doce meses, a menos que se documente su necesidad médica y se cumplan los otros criterios listados anteriormente <p>No están cubiertos los espesantes de alimentos, alimentos para bebés u otros productos comestibles normales que pueden licuarse y usarse con un sistema enteral pero que <i>no son</i> médicamente necesarios, ya sea que dichos productos alimenticios normales se tomen por vía oral o parenteral.</p>
Guantes		X	Excepción: Vendajes para catéter venoso o cuidado de heridas suministrado por una agencia de cuidado en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		X	
Apósitos para incontinencia	X		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se indique en un plan de tratamiento.
Suministros para bomba de insulina (externa)	X		Si la bomba es un dispositivo cubierto, los suministros (como equipos de infusión, depósito de inyección y vendajes, etc.) son elegibles para cobertura.
Equipos de irrigación para	X		Tienen cobertura en caso de atención en el hogar cubierta para el cuidado de heridas.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
cuidado de heridas			
Equipos de irrigación urinaria	X		Pueden tener cobertura para una persona con sonda vesical permanente.
Suministros para terapia intravenosa	X		Tubos, filtros, casetes, postes de soporte para terapia intravenosa, gasa con alcohol, agujas, jeringas y otros suministros relacionados necesarios para la terapia intravenosa en el hogar.
K-Y Jelly		X	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	X		Limitado a un solo dispositivo.
Lancetas	X		Es posible obtener cobertura para personas con diabetes.
Med Ejector	X		
Agujas y jeringas/diabetes			Ver Suministros para la diabetes.
Agujas y jeringas/catéter venoso y vía intravenosa			Ver Suministros para terapia intravenosa y Suministros para vendajes/catéter venoso.
Agujas y jeringas/otros	X		Es posible obtener cobertura si un medicamento intramuscular o subcutáneo es administrado en el hogar.
Salina normal, solución			Ver Solución salina, normal.
Novopen	X		
Suministros para ostomía	X		Los productos elegibles para cobertura incluyen: cinturón, estuche, bolsas, oblea, placa frontal, parte movable, barrera, filtro, junta, tapón, kit de irrigación/manga, cinta, preparación de la piel, adhesivos, sets de drenaje, productos para remover el adhesivo y desodorante para la bolsa. Los productos no elegibles para la cobertura incluyen: tijeras, desodorantes de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gasas, cubiertas para la bolsa, jabones y lociones.
Nutrición parenteral/suministros	X		Todos los suministros necesarios (por ejemplo, tubos, filtros, conectores, etc.) son elegibles para cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.
Solución salina normal	X		Elegible para cobertura cuando se utiliza: a) para diluir medicamentos en tratamientos con nebulizador; b) como parte del cuidado domiciliario cubierto para el cuidado de heridas; c) para irrigación con una sonda vesical permanente.
Manga para muñón	X		

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

SUMINISTROS	CUBIERTO	EXCLUIDO	COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO
Calcetines para muñón	X		
Catéteres de aspiración	X		
Jeringas			Ver Agujas/jeringas.
Cinta adhesiva			Ver Suministros para vendajes, Suministros para ostomía, Suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueostomía	X		Son elegibles para cobertura las cánulas, sondas, cierres, fundas, kits de limpieza, etc.
Paños absorbentes			Ver Pañales/calzones para incontinencia urinaria/paños absorbentes.
Venda tipo bota Unna	X		Elegible para cobertura como parte del cuidado de heridas en el hogar. Cargo accesorio cuando se aplica durante una visita de consultorio.
Catéter urinario externo y suministros		X	Excepción: Cubierto cuando es utilizado por un hombre incontinente en quien la lesión de la uretra le impide usar una sonda vesical permanente, si es solicitado por el médico de cuidado primario y aprobado por el plan.
Sonda vesical permanente y suministros	X		Cubre el catéter, bolsa de drenaje con tubo, bandeja de inserción, equipo de irrigación y solución salina normal si es necesario.
Sonda urinaria, uso intermitente	X		Cubre los suministros necesarios para cateterización intermitente o directa.
Kit para análisis de orina	X		Cuando se decide que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía			Ver Suministros para ostomía.

¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?

Los copagos son una parte de la factura del médico o de los costos de las recetas que usted deberá pagar. La siguiente tabla muestra el programa de copagos de CHIP, según el ingreso familiar. Los copagos por servicios médicos o por medicamentos recetados se pagan en el consultorio del médico o en la farmacia en el momento en que recibe el servicio. Usted no necesita hacer un copago por atención preventiva, tal como la de los controles rutinarios del niño y del bebé o la aplicación de inmunizaciones. Tampoco necesita hacer copagos por la ayuda relacionada con el embarazo.

La tarjeta de identificación del plan de salud de su hijo enumera los copagos aplicables a su familia. Presente su tarjeta de identificación para recibir los servicios de visitas en el consultorio o en la sala de emergencias o si tiene una receta para la farmacia.

Si la tarjeta de su plan de salud o del plan de salud de su hijo indica un requisito de copago y usted o su hijo son amerindios estadounidenses o nativos de Alaska, debe llamar a Servicios para Miembros para que corrijan su tarjeta.

Datos sobre copagos:

Usted no está obligado a pagar tarifas de inscripción o copagos si es:

- amerindio estadounidense
- nativo de Alaska
- miembro de CHIP Perinate
- tiene un bebé recién nacido inscrito en CHIP Perinate

Usted no está obligado a abonar copagos por:

- Controles rutinarios del bebé
- Controles rutinarios del niño
- Chequeos preventivos, incluyendo vacunas
- Servicios relacionados con el embarazo
- Visitas al consultorio de Salud mental y trastorno por uso de sustancias
- Servicios de tratamiento residencial de Salud mental y abuso de sustancia

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

TABLA DE COSTOS COMPARTIDOS DEL CHIP	
	EFICAZ 1 de julio de 2022
Cuotas de inscripción (para un período de inscripción de 12 meses):	
	Cargo
Igual o inferior al 151 % del FPL* o exento de otro modo del costo compartido	\$0
Por encima del 151 % hasta el 186 % inclusive del FPL	\$35
Por encima del 186 % hasta el 201 % inclusive del FPL	\$50
Copagos (por visita):	
En o por debajo del 151% FPL	Cargo
Visita al consultorio (no preventiva) <i>No se aplica ningún copago para las visitas al consultorio de MH/SUD.</i>	\$5
Emergencias que no son de emergencia	\$5
Droga generica	\$0
Medicamento de marca	\$5
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) <i>No se aplica ningún copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.</i>	\$35
Límite de costos compartidos	5% (de los ingresos familiares)**
Por encima del 151% hasta e incluyendo el 186% del FPL	Cargo
Visita al consultorio (no preventiva) <i>No se aplica ningún copago para las visitas al consultorio de MH/SUD.</i>	\$20
Emergencias que no son de emergencia	\$75
Droga generica	\$10
Medicamento de marca	\$25 para insulina, \$35 para todas las demás drogas***
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) <i>No se aplica ningún copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.</i>	\$75
Límite de costos compartidos	5% (de los ingresos familiares)**
Por encima del 186 % hasta el 201 % FPL inclusive	Cargo
Visita al consultorio (no preventiva) <i>No se aplica ningún copago para las visitas al consultorio de MH/SUD.</i>	\$25
Emergencias que no son de emergencia	\$75
Droga generica	\$10
Medicamento de marca	\$25 para insulina, \$35 para todas las demás drogas***
Copago del centro, paciente hospitalizado (por admisión) <i>No se aplica ningún copago por los servicios de tratamiento residencial de MH/SUD.</i>	\$125
Límite de costos compartidos	5% (de los ingresos familiares)**

* El nivel federal de pobreza (FPL) se refiere a las pautas de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.

**Por plazo de cobertura de 12 meses.

***Los copagos por insulina no pueden exceder los \$25 por receta para un suministro de 30 días, de acuerdo con la Sección 1358.103 del Código de Seguros de Texas.

Atención médica y otros servicios ofrecidos

Las referencias a “usted,” “mi/su,” y “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo/su hijo” se aplican si el niño es miembro de CHIP o miembro recién nacido de CHIP Perinate.

Servicios dentales

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

Driscoll Health Plan cubre algunos servicios dentales de emergencia en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios. Driscoll Health Plan cubre los siguientes servicios:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada
- Tratamiento de daños traumáticos en dientes y estructuras de soporte.
- Eliminación de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival.
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

Driscoll Health Plan cubre los hospitales, médicos y servicios médicos relacionados con las condiciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios provistos por el médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

Los beneficios médicos de CHIP brindan cobertura dental limitada para emergencias, como dislocación de mandíbula, lesiones traumáticas de los dientes y extirpación de quistes; tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo le ofrece todos los otros servicios dentales, tales como servicios para

ayudar a prevenir el deterioro de los dientes y servicios para corregir problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen.

Servicios oftalmológicos

¿Cómo puedo obtener servicios oftalmológicos para mí o para mi hijo?

Los servicios oftalmológicos incluyen un examen oftalmológico por año. Usted o su hijo pueden recibir un par de anteojos cada dos años. Para obtener más información sobre exámenes de ojos o anteojos, llame a nuestro representante oftalmológico al 1-888-268-2334.

Farmacia y medicamentos recetados

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

Driscoll Health Plan cubre la mayoría de los medicamentos de venta libre y medicamentos recetados. Para más información, llame a Servicios para Miembros.

¿Cómo puedo obtener medicamentos para mi hijo o para mí?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo dice que necesitan. Su médico o el médico de su hijo le dará una receta para que lleve a la farmacia, o tal vez pueda enviarla por usted.

Las exclusiones incluyen medicamentos anticonceptivos recetados sólo con el objetivo de evitar el embarazo y medicamentos para pérdida o aumento de peso.

Es posible que tenga que hacer un copago por cada receta dependiendo de sus ingresos. No se

requieren copagos para los miembros recién nacidos de CHIP Perinate.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el listado en driscollhealthplan.com o comuníquese con Servicios para Miembros para que lo ayuden a encontrar una farmacia de la red.

¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?

La farmacia puede llamar al número de la línea de ayuda farmacéutica, indicada en el reverso de su tarjeta de identificación. Allí lo ayudarán a encontrar una farmacia de la red.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Debe llevar su tarjeta de identificación de Driscoll Health Plan.

¿Qué ocurre si necesito que me envíen a casa mis medicamentos o los de mi hijo?

Por favor llame a Servicios para Miembros si necesita que sus medicamentos sean entregados en su hogar. Le daremos el número de una farmacia que se los llevará a su casa. No hay ningún cargo por este servicio a domicilio.

¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta?

La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de CHIP o los de su hijo. Si usted o su hijo necesita un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

¿Qué ocurre si mi hija o yo necesitamos pastillas anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted o a su hija pastillas anticonceptivas para evitar embarazos. Usted y su hija sólo pueden recibir pastillas anticonceptivas si son necesarias para tratar una condición médica.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?

Si tiene algún problema para obtener medicamentos, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué pasa si no puedo aprobar el medicamento que mi médico/médico de mi hijo ordenó?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que le den a usted o a su hijo un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento o el de su hijo.

Llame al Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598** para que le ayuden a usted o a su hijo a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?

Debe mantener sus medicamentos en un lugar seguro. Si pierde sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con su médico y farmacia para ayudarle a obtener un reemplazo.

¿Cómo puedo obtener una lista de los medicamentos cubiertos por mis beneficios?

Encontrará la lista actualizada de medicamentos cubiertos en:

txvendordrug.com/formulary/formulary-search

También puede llamar a Servicios para Miembros si necesita ayuda.

Cómo cambiar de plan de salud

¿Qué debo hacer si quiero cambiar mi plan de salud?

Usted puede cambiar de plan de salud:

- por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP;
- por motivo justificado en cualquier momento;

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

- si usted se muda a una area de servicio diferente; y
- durante su periodo anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién debo llamar?

Para obtener más información, llame sin cargo a CHIP, 1-800-964-2777.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi plan de salud?

Los miembros de CHIP pueden cambiar el plan de salud en cualquier momento por las siguientes razones:

- Por cualquier motivo, dentro de los 90 días de su inscripción en CHIP;
- Por algún motivo particular, en cualquier momento;
- Durante el período anual de reinscripción en CHIP.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?

Se hará efectivo un mes después de haber solicitado el cambio.

¿Driscoll Health Plan puede pedir mi baja del plan de salud por incumplimiento o por algún otro motivo?

DHP puede pedir su baja del plan de salud por “un buen motivo.” Un buen motivo puede ser:

1. Fraude o abuso cometido por un miembro
2. Amenazas o actos violentos que lastimen al personal o a los proveedores de cuidado de la salud de DHP
3. Robo
4. Negarse a seguir las políticas y procedimientos de DHP, tales como:
 - a. Permitir que otra persona utilice su tarjeta de identificación de CHIP
 - b. Faltar constantemente a las citas con su proveedor de cuidado de la salud

- c. Ser irrespetuoso o comportarse mal con un proveedor de cuidado de la salud o con los miembros del personal de DHP
- d. Utilizar continuamente un médico que no sea proveedor de cuidado de Driscoll Health Plan

Driscoll Health Plan no le pedirá que deje el plan de salud sin antes intentar hablar con usted. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame a Servicios para Miembros, al **1-877-451-5598**. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas decidirá si se puede obligar a un miembro a dejar el programa.

Otra información importante

¿Qué debo hacer si me mudo?

Tan pronto como sepa su nueva dirección, infórmela a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 o 1-877-541-7905. Usted también puede actualizar su cuenta en yourtexasbenefits.com y llame al Departamento de Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**. Antes de poder recibir los servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar al Driscoll Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención médica de Driscoll Health Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) cambie su dirección.

¿Qué hago si recibo una factura de mi médico?

Usted puede ser responsable de copagos o deducibles dependiendo de sus ingresos. Si recibe una factura, llame a Servicios para Miembros y podemos ayudarlo. Tenga su tarjeta de identificación de miembro y la factura cuando llame.

¿A quién debo llamar si recibo una factura de mi médico o el de mi hijo?

Si recibe una factura de su proveedor de cuidado primario u otro médico, llame a Servicios para

Miembros al **1-877-451-5598** y alguien llamará al consultorio del médico. Le explicaremos sus beneficios y copagos.

¿Qué información necesitarán?

Cuando usted nos llame, por favor tenga a mano su tarjeta de identificación o la de su hijo y la factura del proveedor de cuidado de la salud. El personal de Servicios para Miembros de DHP necesitará esos datos para ayudarlo.

¿Qué debo hacer si tengo otro seguro además de CHIP? (Coordinación de beneficios)

Usted debe informarle al personal de Servicios para Miembros acerca de cualquier seguro de salud privado que tenga. Llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** para informarnos.

Seguros de terceros

En algunos casos, los niños pueden calificar para Medicaid, incluso si están cubiertos por otro seguro de salud privado. Sin embargo, los niños no pueden recibir la cobertura de CHIP y de otro seguro de salud al mismo tiempo. Las familias que, de otra manera, califican para CHIP, pero tienen un seguro privado que cuesta más del 5% de sus ingresos brutos deben dar de baja el seguro antes de empezar a recibir la cobertura de CHIP. Las familias que tienen un seguro privado que cuesta menos del 5% de sus ingresos brutos no son elegibles para CHIP.

Daños causados por otros

En un accidente, su seguro contra accidentes debe pagar su factura. Si tuvo un accidente, llame a Servicios para Miembros para informarnos a fin de que podamos asegurarnos de que la atención médica que recibe esté paga.

Satisfacción de los miembros

Encuestas de satisfacción de miembros

Cada año les pedimos a algunos de nuestros miembros que participen en una encuesta de satisfacción. La encuesta incluye preguntas para saber qué tan satisfecho está usted con la atención médica que le brindan Driscoll Health Plan y su proveedor de cuidado de la salud. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la atención médica que usted recibe. Para obtener más información sobre los resultados, llame a Servicios para Miembros.

Grupo de asesoría para miembros

Cada tres meses, tenemos una reunión del grupo de asesoría para miembros. Este grupo se reúne para hablar acerca de las cosas que a usted le gustaría que hiciéramos de manera distinta. Usted también nos puede decir qué cosas podríamos hacer mejor. Si quiere ser parte de este grupo, llame a Servicios para Miembros.

Quejas y Apelaciones

Los asesores de miembros de Driscoll Health Plan están aquí para ayudarlo a escribir sus quejas y brindarle asistencia durante el proceso de queja. Si usted necesita ayuda con una apelación, un asesor de miembros puede ayudarlo a presentar una apelación y le brindará asistencia durante el proceso. Si tiene una pregunta acerca de los servicios preventivos o cubiertos por Driscoll Health Plan, simplemente llame al **1-877-451-5598**.

Quejas

Proceso de quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, llámenos gratis por favor al **1-877-451-5598** para explicarnos el problema. Un asesor de miembros de Driscoll Health Plan puede ayudarlo a presentar una

Servicios para Miembros de CHIP: 1-877-451-5598

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

queja. Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos pocos días. Driscoll Health Plan no puede tomar ninguna acción negativa contra usted como resultado de su denuncia.

Procedimientos de quejas de Driscoll Health Plan

Usted u otra persona que actúe en su nombre y los proveedores de atención médica pueden presentar una queja oralmente o por escrito. Utilice la dirección y los números telefónicos que se indican a continuación para presentar su queja, ya sea oralmente o por escrito.

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Número gratuito: 1-877-451-5598
Número de Fax: 361-808-2725

¿A quién debo llamar?

Nosotros queremos ayudarle. Si tiene preguntas sobre cómo presentar una queja, por favor llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

¿Puede un representante de Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?

Sí. Los asesores de miembros de Driscoll Health Plan pueden ayudarle a presentar su queja.

¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Usted puede presentar una queja verbalmente o por escrito. Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja. La carta será enviada dentro de los cinco días hábiles de haber recibido su queja. Junto con la carta, también le enviaremos un formulario para que lo complete y lo devuelva por correo. Este formulario nos dará más detalles acerca de su queja, pero no es obligatorio completarlo. Lo

revisaremos y le notificaremos por escrito el resultado dentro de 30 días.

Todas las quejas se revisan para asegurarse de que haya un seguimiento. También se revisan para asegurarse de que se den las respuestas oportunas.

¿Cuánto demorarán en atender mi queja?

Le enviaremos una respuesta dentro de los 30 días después de recibir su queja.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja, usted también puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas. Puede llamar al siguiente número o para realizar su solicitud por escrito, enviarlo a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 12030
Austin, Texas 78711-2030
Número gratuito: 1-800-252-3439
Número de Fax: 1-512-490-1007

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico en a:

tdi.texas.gov/consumer/get-help-with-an-insurance-complaint.html

¿Tengo derecho a presentarme ante un panel de apelación de quejas?

También tiene derecho a presentarse ante un Panel de Apelación de Quejas. El panel está compuesto por empleados y médicos de DHP, y otros miembros de CHIP. Los médicos de este panel no estarán involucrados en la respuesta original a la queja. Serán médicos con experiencia en la atención médica que esté siendo evaluada. También puede presentar una apelación escrita al Panel de Apelación de Quejas. DHP completará el proceso de

apelación a los 30 días de haber recibido el pedido de apelación por escrito.

Si su apelación es por una emergencia en curso o una internación continua en el hospital, revisaremos la apelación rápidamente, dependiendo de la urgencia del caso. Responderemos no más de un día hábil después de haber recibido el pedido de apelación. Debido a esta revisión urgente, su apelación será evaluada por un médico o proveedor de cuidado de la salud de una especialidad similar a la condición médica, al procedimiento o tratamiento de su hijo, y será un médico o proveedor que no haya estado involucrado en la atención médica de su hijo.

Apelaciones

Proceso de apelación

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero el plan de salud lo rechaza o lo limita?

Puede haber momentos en que el director médico de DHP niegue o limite ciertos servicios. Cuando esto suceda, puede presentar una apelación para revisar la necesidad médica por la denegación de servicios. Para obtener ayuda sobre cómo llenar el formulario de apelación para miembros, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** (TTY: 1-800-783-2989).

¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?

Si los servicios son rechazados, le enviaremos una carta. Se incluirá el formulario para apelar la denegación. No es necesario que nos devuelva el formulario para que procesemos su apelación.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

- Usted puede presentar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en que recibe la carta de rechazo.
- Le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su apelación.
- Completaremos la revisión dentro de los 30 días.
- Usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente/externa.

¿Cómo presento una apelación?

- Usted o su proveedor de cuidado de la salud pueden apelar verbalmente o por escrito.
- Si opta por presentar una apelación por escrito, puede utilizar el formulario de apelación que se incluyó en la carta de denegación.
- Una solicitud de apelación oral se tratará de la misma manera que una apelación escrita. La fecha de la solicitud oral se tratará como la fecha de presentación de la solicitud.

¿Puede un representante de DHP ayudarme a presentar una apelación?

Sí, llámenos sin cargo al **1-877-451-5598** y le ayudaremos a presentar una apelación. Un asesor de miembros le ayudará.

Apelaciones especializadas

Si no está satisfecho con nuestra decisión, su proveedor de registro puede solicitar una apelación especializada. Una apelación especializada solicita que un tipo específico de proveedor especializado revise el caso. El proveedor debe solicitar este tipo de apelación por escrito dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que se solicitó o denegó la apelación. La solicitud será revisada por

un proveedor de atención médica en la misma especialidad o en una similar. Este proveedor tendrá conocimiento de la afección, el procedimiento o el tratamiento médico que se está revisando. La apelación de especialidad se completará y le enviaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de apelación de especialidad.

Apelación de MCO acelerada

¿Qué es una apelación acelerada?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** para solicitar una apelación acelerada.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Si necesita ayuda para presentar esta apelación, llame a Servicios para Miembros y coordinaremos con un asesor de miembros para que lo ayude.

¿Es necesario que presente mi solicitud por escrito?

No es necesario que presente la solicitud por escrito. Usted o su médico pueden llamarnos para solicitar este tipo de apelación de forma oral.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Su solicitud será revisada y se les dará una respuesta verbal a usted y a su médico dentro de un día de haber solicitado la apelación. Le enviaremos una carta dentro de las 72 horas con la respuesta. Esta carta aprobará o denegará la solicitud de apelación acelerada.

¿Qué ocurre si Driscoll Health Plan rechaza mi pedido de apelación acelerada?

Si DHP rechaza su pedido de una apelación acelerada, atenderemos su apelación siguiendo el proceso normal. Lo llamaremos de inmediato para informarle del rechazo. Además, le enviaremos una carta dentro de los dos días calendario.

Proceso de Revisión Independiente/Externo

¿Qué es una Revisión Independiente/Externo?

Una Revisión Independiente/Externa es una revisión de la decisión de apelación de un plan de salud de negar servicios por parte de un revisor externo. Si usted o su médico han completado el proceso de apelación de Driscoll Health Plan y no están satisfechos con la respuesta, usted (o su médico) pueden solicitar una revisión externa. Maximus revisa las determinaciones adversas (negaciones) de una apelación confirmada por DHP.

Una determinación adversa es una determinación (decisión) de un agente de revisión de la utilización (como DHP) que sugiere que los servicios de atención médica proporcionados o recomendados son experimentales o de investigación, o no son médicamente necesarios. Revisión de la utilización significa una revisión de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios de atención médica. Esto incluye revisión prospectiva (en el futuro), simultánea (lo que está sucediendo en este momento) o retrospectiva (lo que ha sucedido en el pasado).

Estas formas de revisión también son utilizadas por DHP para determinar la naturaleza experimental o investigativa de los servicios de atención médica. Maximus puede revisar una apelación para una solicitud de servicio experimental e investigadora que ha sido denegada por DHP.

¿Cómo pido una Revisión Independiente/Externo?

Si no está satisfecho con la decisión de apelación de Driscoll Health Plan, puede solicitar una revisión externa a través de Maximus. Debe solicitar una revisión en un plazo de cuatro (4) meses a partir de la fecha en que reciba la carta de determinación adversa final. Su carta incluirá una Solicitud de Revisión Externa Federal Administrada por HHS: Maximus. Para solicitar una revisión externa, envíe el formulario completado directamente a:

MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
Número de Fax: 1-888-866-6190

También puede solicitar una revisión en línea. Visite externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/requestReviewOnline para completar una solicitud en línea.

Un representante autorizado puede solicitar una revisión externa en su nombre. Usted y su representante autorizado deben completar y firmar un Formulario de Nombramiento de Representante (AOR) del Proceso Federal de Revisión Externa de HHS. Puede acceder al formulario visitando: externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/forms

Si tiene preguntas sobre su revisión externa o desea solicitar un formulario AOR, llame al 1-888-866-6205, ext. 3326.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Un revisor de Maximus enviará una carta de su decisión de revisión final tan pronto como sea posible, pero a más tardar 45 días después de que el revisor reciba la solicitud de una revisión externa. DHP pagará por el servicio si la decisión es ofrecer el servicio solicitado.

¿Y si necesito una decisión de apelación rápidamente?

Si su hijo está en el hospital o necesita una decisión de apelación rápidamente debido a su condición, usted no necesita pasar por el proceso regular. Puede solicitar una revisión externa expedita. Maximus tomará una decisión sobre el cuidado de su hijo tan pronto como las circunstancias médicas lo requieran, pero no más tarde de 72 horas después de recibir la solicitud. Máximo dará una decisión verbal. También recibirá una carta con la decisión de Máximo dentro de las 48 horas posteriores al aviso verbal. DHP seguirá la decisión final de Maximus.

Voluntades anticipadas

¿Qué sucede si estoy demasiado enfermo como para tomar una decisión sobre mi atención médica?

Usted podría estar demasiado enfermo para tomar decisiones sobre su atención médica. Si esto ocurre, ¿cómo podrá un médico saber lo que usted desea? Para ello, usted puede preparar una voluntad anticipada.

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Una voluntad anticipada puede cumplir la función de un testamento vital que le haga saber a las personas lo que usted quiere que suceda si llegara a enfermarse de gravedad. Otra forma de voluntad anticipada es a través de un poder notarial permanente, lo que permite a un amigo o familiar tomar decisiones acerca del cuidado de su salud.

¿Cómo preparo una voluntad anticipada?

Si desea obtener más información sobre las voluntades anticipadas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

Reportar malgasto, abuso o fraude

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude?

Avísenos si usted cree que un médico, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, un abuso o un fraude, lo cual va contra la ley.

Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago de servicios de CHIP que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

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

- Llame a la línea telefónica de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite oig.hhsc.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse seleccione la casilla denominada **IG's Fraud Reporting Form** para completar el formulario en línea forma; o
- Denúncielo directamente a su plan de salud:
Driscoll Health Plan
Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

Al denunciar a un proveedor (un médico, dentista, terapeuta, etc.), incluya:

- El nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- El nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de servicios de salud en el hogar, etc.)
- El número de Medicaid del proveedor o centro (si lo conoce)
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan colaborar en la
- Las fechas de los sucesos
- Un resumen de lo ocurrido

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso (si lo tiene)
- La ciudad en la que vive la persona
- Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude

Terminología de Atención Administrada

Apelación - Una petición de la organización de atención médica administrada para volver a revisar una denegación o querella.

Queja - Una querella que usted comunica a su seguro o plan médico.

Copago - Una cantidad fija (por ejemplo, 15 dólares) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, normalmente cuando recibe el servicio. Esta cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) - El equipo ordenado por un proveedor de atención médica para su uso diario o por un periodo extendido. La cobertura de DME puede incluir los siguientes artículos, entre otros: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o artículos para la diabetes.

Problema médico de emergencia - Una enfermedad, lesión, síntoma o afección lo suficientemente grave como para que cualquier persona razonable busque atención inmediata para evitar daños.

Transporte médico de emergencia - Servicios de una ambulancia por tierra o aire para atender una afección médica de emergencia.

Atención en la sala de emergencias - Los servicios de emergencia recibidos en una sala de emergencia.

Servicios de emergencia - La evaluación de una afección médica de emergencia y el tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos - Los servicios de salud que su seguro o plan médico no paga o cubre.

Querrela- Una queja hecha a su seguro o plan médico.

Servicios y aparatos de habilitación - Servicios de salud, como terapia física u ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones necesarias en la vida diaria.

Seguro médico - Un contrato que requiere que su aseguradora médica pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención médica a domicilio - Los servicios de atención médica que una persona recibe en su propio hogar.

Servicios para pacientes terminales - Los servicios que proporcionan comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y sus familias.

Hospitalización - La atención que se da en un hospital que requiere que el paciente sea ingresado y por lo general requiere pasar allí la noche.

Atención a pacientes ambulatorios - La atención que se da en un hospital que normalmente no requiere pasar allí la noche.

Medicamento necesario - Los servicios o artículos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumple estándares médicos aceptados.

Red - Los centros, proveedores y abastecedores a los que su seguro o plan médico ha subcontratado para que ofrezcan servicios de atención médica.

Proveedor no participante - Un proveedor que no tiene un contrato con su seguro o plan médico para brindarle a usted servicios cubiertos. Puede que sea más difícil obtener autorización de su seguro o plan médicos para recibir servicios de un proveedor no participante en lugar de un proveedor participante. En contados casos, como cuando no hay otros proveedores, su seguro médico puede subcontratar y pagar por sus servicios a un proveedor no participante.

Proveedor participante - Un proveedor que tiene un contrato con su seguro o plan médico para ofrecerle a usted servicios cubiertos.

Servicios de un médico - Servicios de atención médica que un médico titulado (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) ofrece o coordina.

Plan - Un beneficio, como Medicaid, que ofrece y paga servicios de atención médica.

Autorización previa - La determinación de su seguro o plan médico de que un servicio médico, plan de tratamiento, receta médica o equipo médico duradero que usted o su proveedor ha pedido es médicamente necesario. Esta determinación o autorización, a veces llamada en inglés prior authorization, prior approval o pre-certification,

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es garantía de que su seguro o plan médico cubrirán los costos.

Prima -La cantidad que debe pagarse por su seguro o plan médico.

Cobertura de medicamentos recetados - Un seguro o plan médico que ayuda a cubrir los costos de fármacos y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados - Fármacos o medicamentos que, por ley, requieren de receta médica.

Médico de atención primaria - Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO) que ofrece o coordina directamente una variedad de servicios de atención médica a un paciente.

Proveedor de atención primaria - Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), enfermero especializado en atención primaria, enfermero clínico especializado o médico asistente, como lo permite la ley estatal, que ofrece, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

Proveedor -Un médico (doctor en medicina, MD, o doctor en medicina osteopática, DO), profesional de la salud o centro de salud autorizado, certificado o acreditado según lo exige la ley estatal.

Servicios y aparatos de rehabilitación - Servicios de atención a la salud como terapia física u ocupacional, que ayudan a la persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funciones de la vida diaria que se han perdido o dañado porque la persona está enferma, lesionada o discapacitada.

Servicios de enfermería especializada - Servicios a cargo de enfermeros titulados a domicilio o en un centro de reposo.

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

Atención urgente - La atención dada a 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 la sala de emergencias.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Información disponible para los miembros una vez al año

Como Miembro de Driscoll Health Plan, usted puede pedir y recibir la siguiente información cada año:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Información sobre los proveedores de la red, al menos los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales dentro de nuestra área de servicio. Esta información incluirá el nombre, dirección, números de teléfono e idiomas que habla (además del inglés) cada proveedor de la red, así como los nombres de aquellos que no estén aceptando nuevos pacientes, y, cuando corresponda, calificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación de la junta. |
| <ul style="list-style-type: none">• Cualquier restricción a su libertad para elegir proveedores de la red. |
| <ul style="list-style-type: none">• Sus derechos y responsabilidades. |
| <ul style="list-style-type: none">• Información sobre los procesos de queja, apelación e IRO. |
| <ul style="list-style-type: none">• Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa CHIP, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. Esto fue diseñado para asegurarse de que usted entienda los beneficios a los que tiene derecho. |
| <ul style="list-style-type: none">• Cómo obtener beneficios, lo cual incluye los requisitos de autorización. |
| <ul style="list-style-type: none">• Cómo obtener beneficios (como servicios de planificación familiar) de proveedores fuera de la red y los límites a dichos beneficios. |
| <ul style="list-style-type: none">• Cómo recibir cobertura de emergencia y fuera del horario normal, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:<ul style="list-style-type: none">○ Qué constituyen una afección médica de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización.○ El hecho de que usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir servicios de cuidado de emergencia.○ Cómo obtener servicios de emergencia, lo cual incluye indicaciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico 911 o su equivalente local.○ Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por CHIP.○ Una declaración de su derecho a usar las instalaciones de cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia.○ Las reglas de la posestabilización. |
| <ul style="list-style-type: none">• La política acerca de referidos o derivaciones a cuidados especializados y otros servicios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria. |
| <ul style="list-style-type: none">• Las pautas de práctica de Driscoll Health Plan. |
| <ul style="list-style-type: none">• El Directorio de Proveedores. |
| <ul style="list-style-type: none">• Los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros. |

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Socios de Driscoll Health Plan que brindan atención y servicios

Tenemos convenios con otras compañías que nos ayudan a brindarle servicios. La siguiente es una lista de tales compañías:

Avail Solutions – ofrece una línea de ayuda de salud conductual las 24 horas del día
Navitus Health Solutions, LLC – suministra medicamentos con receta
Envolve Vision – ofrece servicios para mejorar la visión
SafeRide Health – ofrece servicios de transporte que no son de emergencia
SPH Analytics – realiza encuestas de satisfacción de los miembros
Pacific Interpreters – ofrece servicios de interpretación
Carenet – ofrece la línea de asesoramiento de enfermería

Derechos de los miembros

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta y fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud y los doctores, hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. Usted tiene el derecho de recibir información del plan de salud si utiliza una "red limitada de proveedores." Esta red consiste en un grupo de doctores y otros proveedores que solo envían a los pacientes a otros doctores del mismo grupo. "Red limitada de proveedores" quiere decir que usted no puede ver a todos los doctores que forman parte del plan de salud. Si el plan de salud utiliza "redes limitadas," asegúrese de que el proveedor de cuidado primario de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma "red limitada."
3. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los doctores. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores del plan de salud.
6. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
7. Si un doctor dice que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como el proveedor de cuidado primario del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.
8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen el derecho de recibir atención especializada.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el doctor que lo atiende sale del plan de salud, su hijo tal vez pueda seguir viendo a ese doctor durante tres meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregunte al plan cómo funciona esto.
10. Su hija tiene el derecho de ver a cualquier ginecoobstetra (OB/GYN) participante sin un envío a servicios de su proveedor de cuidado primario y sin preguntar primero al plan de salud. Pregunte al plan cómo funciona esto. Algunos planes exigen que escoja a un OB/GYN antes de verlo sin un envío a servicios.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

11. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted tiene motivos razonables para creer que la vida del niño corre peligro, o que el niño podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud. Quizás tenga que hacer un copago según sus ingresos. No se aplican copagos al Miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
14. Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor del plan de salud sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.
15. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
16. Usted tiene el derecho de hablar en privado con los doctores y otros proveedores de su hijo, y de que los expedientes dentales de su hijo se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar los expedientes médicos de su hijo y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
17. Usted tiene derecho a un trámite imparcial y rápido para resolver los problemas con el plan de salud y con los doctores, hospitales y otros proveedores del plan que brindan servicios a su hijo. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el doctor del niño piensa que es médicamente necesario, usted tiene el derecho de conseguir que otro grupo, aparte del plan de salud, le diga si el doctor o el plan de salud tenía la razón.
18. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
19. Tiene el derecho de saber que es responsable de pagar sólo los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

Responsabilidades de los miembros

Usted y el plan de salud tienen interés en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Anime a su hijo a evitar el tabaco y a tener una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones del doctor sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted tiene que trabajar con los doctores y otros proveedores del plan de salud para escoger tratamientos para su hijo que todos han aceptado.
4. Si tiene algún desacuerdo con el plan de salud, usted tiene que tratar de resolverlo primero por medio del trámite de quejas del plan de salud.
5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Si hace una cita para su hijo, tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de pagar al doctor y a otros proveedores los copagos que les debe. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrá ningún copago para ese niño.
8. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

Si usted cree que lo han tratado injustamente o lo han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en: [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr)

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

La discriminación es contra la ley

Driscoll Health Plan (DHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. DHP no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Si usted cree que el DHP no le ha brindado estos servicios o que usted ha sufrido discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Driscoll Health Plan
DHP Compliance Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
1-877-324-7543, TTY: 1-800-735-2989
Correo Electrónico: filegrievance@dchstx.org

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un asesor de miembros está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de Estados Unidos de manera electrónica a través de [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles: hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Driscoll Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros. Por ejemplo:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión con letras de formato grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros)
- Ofrece servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989).

Disponibilidad de los servicios de asistencia en distintos idiomas

ATENCIÓN: Si usted habla español, vietnamita, chino, coreano, árabe, urdu, tagalo, francés, hindi, persa, alemán, guyaratí, ruso, japonés o laosiano, usted dispone sin cargo de servicios de asistencia de idiomas. Llame al **1-877-324-7543**.

Español

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-324-7543.

Vietnamita

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-324-7543.

Chino

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-877-324-7543。

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-324-7543번으로 전화해 주십시오.

Arabic

والبكم الصم هاتف رقم 1-877-324-7543 برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة

Urdu

کریں۔ 1-877-324-7543 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-324-7543.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-324-7543.

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-324-7543 पर कॉल करें।

Persian

کمک که دارید را این حق باشید داشته Persian مورد در سوال ، میکنید کمک او به شما که کسی یا شما، گر نمایید حاصل تماس 1-877-324-7543. نمایید دریافت رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-324-7543.

Gujarati

Driscoll Health Plan લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અશક્તતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી 1-877-324-7543.

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-324-7543.

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-324-7543まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian

ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຄົນ ອື່ນ ທ່ານກໍ າລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ອາການກ່ຽວກັບ Laotian, ທ່ານມີ ສິດ ອື່ນ ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອາດຈະ ຂໍ ມູ ນຂໍ າວສານ ອື່ນ ບໍ່ ນພາສາຂອງທ່ານ ອື່ນ ບໍ່ ມາ ຄ່າ ຈໍ າຍ. ການໂອ້ນລັກບັນນາຍພາສາ, ໃຫ້ ໂທຫາ 1-877-324-7543.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Para obtener ayuda para traducir o entender este aviso, puede comunicarse al **1-877-324-7543**.

Propósito: Driscoll Health Plan (DHP) está obligado por ley a mantener la privacidad de la Información de Salud Protegida (PHI por sus siglas en inglés). Estamos obligados a proporcionar este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a los usos y divulgaciones de PHI, así como informarle sobre sus derechos individuales. Este aviso explica los propósitos para los cuales se nos permite usar y divulgar su PHI.

Cómo podemos usar y divulgar información sobre usted

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que podemos usar y divulgar su PHI. No se enumerarán todos los usos y divulgaciones potenciales en una categoría.

Para tratamiento. Se nos permite usar y divulgar su PHI a un médico o proveedor de atención médica que esté involucrado en su atención o que le brinde tratamiento o servicios médicos. Esto puede incluir, pero no se limita a, el uso y la divulgación de su PHI para ayudar con las decisiones de autorización previa relacionadas con sus beneficios.

Para el pago. Se nos permite usar y divulgar su PHI para obtener el pago de su tratamiento o servicios de atención médica. Esto puede incluir, pero no se limita a, ciertas actividades, como procesar reclamos, determinar la elegibilidad o cobertura de beneficios, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización.

Para operaciones de atención médica. Se nos permite usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones comerciales. Esto puede incluir, pero no se limita a, actividades de evaluación de la calidad, investigación de quejas y apelaciones, y proporcionar gestión de casos y coordinación de atención.

A socios comerciales para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Se nos permite divulgar su PHI a nuestros socios comerciales para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Los socios comerciales también están obligados a proteger su PHI.

Personas involucradas en su atención o pago por su atención. Podemos divulgar su PHI a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o representante personal designado que esté involucrado en su atención médica si la PHI divulgada es directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado. También podemos divulgar información a alguien que ayude a pagar por su atención.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su PHI para comunicarnos con usted para recordarle de una cita o para proporcionarle información sobre opciones de tratamiento o alternativas, y beneficios o servicios relacionados con la atención médica que puedan ser de su interés.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Actividades de Marketing. Podemos usar cierta información, como nombre, dirección o número de teléfono para comunicarnos con usted en el futuro y solicitar permiso para compartir su historia con la comunidad en marketing para DHP. Tiene derecho a optar por no participar si no desea ser contactado. Para hacerlo, notifíquenos por escrito especificando sus preferencias con respecto a ser contactado para actividades de marketing.

SITUACIONES ESPECIALES

Según lo Exija la Ley. Divulgaremos su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Actividades de Salud Pública. Podemos divulgar su PHI para actividades de salud pública. Esto puede incluir, pero no se limita a, (1) prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) denunciar abuso o negligencia infantil; o (3) notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un miembro ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de Supervisión de la Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Esto puede incluir, pero no se limita a, auditorías e investigaciones necesarias para la supervisión de los programas de beneficios del gobierno.

Demandas y Disputas. Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar PHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar; (2) identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, pero solo si se divulga información limitada; (3) sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima; (4) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conductas delictivas que creemos que ocurrieron en las instalaciones de DHP; y (6) en circunstancias de emergencia para denunciar un delito o para determinar la ubicación del delito, sus víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar su PHI a un forense o médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar PHI a los directores de funerarias según sea necesario para ayudarlos a llevar a cabo sus deberes.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Donación de Órganos y Tejidos. Podemos divulgar PHI a organizaciones que manejan la obtención de órganos; o trasplante de órganos, ojos o tejidos; o a un banco de donación de órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su PHI con fines de investigación. Antes de usar o divulgar la PHI para la investigación, el proyecto de investigación habrá sido aprobado a través de una Junta de Revisión Institucional. Es posible que no se requiera aprobación previa cuando los investigadores están preparando un proyecto de investigación y necesitan buscar información sobre miembros con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la PHI no salga de DHP.

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad. Podemos usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Esto puede incluir, pero no se limita a, la divulgación a la policía si la información es necesaria para identificar o detener a un fugitivo o criminal violento.

A las autoridades Gubernamentales Autorizadas y a los Oficiales Militares. Podemos divulgar PHI con respecto a miembros de las fuerzas armadas o a autoridades federales autorizadas para investigaciones oficiales, inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.

A programas gubernamentales Autorizados que Proporcionen Beneficios Públicos. Podemos divulgar su PHI con respecto a su elegibilidad o inscripción en DHP a otra agencia que administre un programa gubernamental que brinde beneficios públicos según lo autorice o exija la ley.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar su PHI a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley en circunstancias específicas.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar su PHI para compensación de trabajadores o programas similares.

Divulgaciones que Requieren una Autorización. Otros usos y divulgaciones se realizarán solo con una autorización válida. Excepto en ciertas circunstancias, debemos obtener una autorización para cualquier uso o divulgación de PHI para marketing, notas de psicoterapia o venta de PHI.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted. Si tiene preguntas sobre cómo ejercer sus derechos, utilice la información de contacto al final de este aviso.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar o cumplir con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, o el acuerdo se haya terminado de acuerdo con las pautas de HIPAA. Las solicitudes deben recibirse por escrito.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Derecho a Restringir Divulgaciones a los Planes de Salud. Aceptaremos su solicitud de restringir el uso o la divulgación de PHI para pagos u operaciones de atención médica a un plan de salud para un servicio o artículo por el cual usted, o alguien que no sea el plan de salud, haya pagado al proveedor de atención médica en su totalidad.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted por teléfono en el trabajo o que solo lo contactemos por correo en su hogar. Su solicitud debe especificar cómo, dónde o cuándo desea ser contactado. Este derecho solo se aplica si usted declara claramente que la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría ponerlo en peligro si no se comunica por los medios alternativos o la ubicación solicitada.

Derecho a Inspeccionar y Recibir una Copia. Tiene derecho a solicitar acceso para inspeccionar, recibir una copia física o electrónica, o recibir un resumen de su PHI contenida en un conjunto de registros designado. Podemos denegar su solicitud en ciertas circunstancias limitadas. Por ejemplo, las notas de psicoterapia están prohibidas de ser inspeccionadas o copiadas. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Estamos obligados a notificarle con anticipación con respecto a estos cargos. Si su solicitud es denegada, se lo notificaremos y usted puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia, elegido por DHP, realizará una revisión secundaria. La revisión no será realizada por ningún profesional de la salud involucrado en la denegación de su solicitud original. Cumpliremos con el resultado de la revisión en la medida permitida por la ley.

Derecho de Enmienda. Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una enmienda. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para DHP. Debe incluir una razón que respalde su solicitud. Todas las solicitudes de modificación deben hacerse por escrito. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que: (1) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; (2) no forma parte de la PHI mantenida por o para DHP; (3) no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (4) es preciso y completo. DHP le notificará si rechazamos la solicitud e incluirá instrucciones sobre cómo puede apelar la solicitud o presentar una queja.

Derecho a ser Notificado. Tiene derecho a ser notificado sobre una violación ilegal de la PHI no segura.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones relacionadas con ciertas divulgaciones relacionadas con su PHI. Podemos cobrarle una tarifa razonable si solicita una divulgación más de una vez al año.

Información mantenida en Registros en Papel. Puede solicitar un registro de divulgaciones que se hayan realizado a personas o entidades que no sean para tratamiento, pago u operaciones de atención médica que hayan tenido lugar en los últimos seis (6) años.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Información Mantenido Electrónicamente. Sujeto a un cronograma establecido por la ley federal, si mantenemos su PHI electrónicamente, usted tiene derecho a solicitar un informe de todas las divulgaciones. Según la ley federal, usted puede solicitar un informe por un período de tres (3) años antes de la fecha en que se solicita el informe.

Derecho a una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia electrónica de este aviso haciendo clic en [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) ubicado en el sitio web de DHP en driscollhealthplan.com.

Derecho a Revocar la Autorización. Tiene derecho a revocar una autorización previa que haya realizado para usos y divulgaciones en cualquier momento, siempre que la revocación se presente por escrito. La revocación entrará en vigor al recibirla y validarla, con la excepción y en la medida en que la entidad haya utilizado o divulgado previamente la PHI basándose en una autorización previa.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar o revisar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso contendrá la fecha de vigencia. DHP se reserva el derecho de aplicar el aviso modificado a toda la PHI previamente adquirida sobre usted. Como parte de su envío anual, recibirá una copia del aviso actual vigente.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja utilizando la información de contacto al final de este aviso, o comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Teléfono: 1-800-368-1019, o Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cualquier solicitud oficial relacionada con estos derechos debe dirigirse a:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, Texas 78415

Teléfono de la oficina: 1-877-324-7543

Nuestras responsabilidades

- Las leyes nos exigen mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos inmediatamente si se produce un acceso no autorizado que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos o compartiremos información que no sea de la manera descrita en este documento, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de opinión, debe informarnos por escrito.
- Para obtener más información visite: hhs.gov/hipaa/index.html

Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios serán aplicables a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y, además, le enviaremos una copia por correo.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, necesita más información sobre sus derechos de privacidad, desea obtener copias adicionales de este aviso, o requiere una traducción de este aviso en otro idioma, puede comunicarse con Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**.

También puede comunicarse con nuestro Chief Privacy Officer llamando al **1-877-324-7543**, o enviando una carta a:

Driscoll Health Plan
Chief Privacy Officer
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Compartir información de salud

Tenemos un programa de intercambio de información de salud que su médico puede utilizar cuando lo trate. El programa junta su información actualizada. Su médico puede ver cosas como los medicamentos que está tomando, los resultados de las pruebas de laboratorio y problemas de salud que tiene. Su médico podrá asegurarse de que no recetarle medicamentos que no deben tomarse juntos o que causen reacciones alérgicas. Esta información ayuda a sus médicos a brindarle la mejor atención posible. Cuando sus médicos tienen todos sus datos médicos, son mejores capaces de ayudarte. Esto le ayudará a mantenerse seguro.