

# 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](http://driscollhealthplan.com)





# Driscoll

## Health Plan

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](http://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](http://driscollhealthplan.com)**

# Índice

<b>BIENVENIDO</b> .....	7
<b>COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER</b> .....	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
<b>SERVICIOS PARA MIEMBROS</b> .....	9
<i>¿Cómo puede ayudarle Servicios para Miembros?</i> .....	9
<b>PORTAL PARA MIEMBROS</b> .....	9
<b>APLICACIÓN MÓVILE DE DRISCOLL HEALTH SYSTEM</b> .....	9
<i>¿Cómo lo consigo?</i> .....	9
<i>¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?</i> .....	10
<i>¿Qué información puedo acceder?</i> .....	10
<b>CÓMO ELEGIR UN MÉDICO “SU HOGAR MÉDICO”</b> .....	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**.....

<b>ATENCIÓN MÉDICA URGENTE</b> .....	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
<b>ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA</b> .....	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
<b>SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN</b> .....	<b>19</b>
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
<b>ATENCIÓN PARA BEBÉS Y NIÑOS</b> .....	<b>19</b>
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
<b>SALUD DE LA MUJER</b> .....	<b>21</b>
<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
<b>SERVICIOS Y EDUCACIÓN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS</b> .....	<b>23</b>
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
<b>AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO</b> .....	<b>24</b>
EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAID POSPARTO.....	24
VISITA POSPARTO.....	25
EDUCACIÓN POSPARTO.....	26
HEALTHY TEXAS WOMEN.....	26
<b>MANEJO DE CASOS Y DE ENFERMEDADES</b> .....	<b>26</b>
<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
<b>SALUD CONDUCTUAL .....</b>	<b>27</b>
¿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
<b>SERVICIOS ESPECIALES.....</b>	<b>28</b>
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
<b>BENEFICIOS Y SERVICIOS.....</b>	<b>28</b>
¿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
<b>TABLA DE BENEFICIOS .....</b>	<b>30</b>
<b>BENEFICIOS ADICIONALES.....</b>	<b>44</b>
¿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
<b>EXCLUSIONES.....</b>	<b>50</b>
¿Qué servicios no están cubiertos por Driscoll Health Plan? .....	50
<b>EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME)/SUMINISTROS.....</b>	<b>52</b>
<b>COSTOS DE SU SEGURO CHIP DE DHP .....</b>	<b>57</b>
¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos? .....	57
DATOS SOBRE COPAGOS: .....	57
TABLA DE COSTOS COMPARTIDOS DEL CHIP .....	58
<b>ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS OFRECIDOS .....</b>	<b>59</b>
<b>SERVICIOS DENTALES.....</b>	<b>59</b>
¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo? ..	59
<b>SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS .....</b>	<b>59</b>
¿Cómo puedo obtener servicios oftalmológicos para mí o para mi hijo? .....	59
<b>FARMACIA Y MEDICAMENTOS RECETADOS .....</b>	<b>59</b>
¿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
<b>CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD.....</b>	<b>60</b>
¿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
<b>OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE .....</b>	<b>61</b>
¿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
<b>SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS .....</b>	<b>62</b>
Encuestas de satisfacción de miembros.....	62
Grupo de asesoría para miembros .....	62
<b>QUEJAS Y APELACIONES .....</b>	<b>62</b>
<b>QUEJAS .....</b>	<b>62</b>
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
<b>APELACIONES.....</b>	<b>64</b>
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
<b>APELACIONES ESPECIALIZADAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APELACIÓN DE MCO ACELERADA .....</b>	<b>65</b>
¿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
<b>PROCESO DE REVISIÓN INDEPENDIENTE/EXTERNO .....</b>	<b>65</b>
¿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	
<b>VOLUNTADES ANTICIPADAS .....</b>	<b>66</b>
¿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
<b>REPORTAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE.....</b>	<b>67</b>
¿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
<b>TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA .....</b>	<b>67</b>
<b>INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ AL AÑO .....</b>	<b>70</b>
<b>SOCIOS DE DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN Y SERVICIOS .....</b>	<b>71</b>
<b>DERECHOS DE LOS MIEMBROS .....</b>	<b>71</b>
<b>RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....</b>	<b>73</b>
<b>LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY .....</b>	<b>74</b>
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS .....	76
<b>AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD .....</b>	<b>78</b>
<b>NUESTRAS RESPONSABILIDADES .....</b>	<b>83</b>
<b>COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD.....</b>	<b>83</b>

### *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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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 se 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 notificará dentro de los tres días hábiles si se ha proporcionado toda la información médica de respaldo con la solicitud. Si debemos solicitar información médica de respaldo al proveedor que realizó la solicitud, se le notificará 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/services/after-hours-care/](http://driscollhealthplan.com/services/after-hours-care/)

### ***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. Comuníquese 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><b>Proveedor de cuidado primario (PCP)</b></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"> <li>• Controles rutinarios del niño</li> <li>• Vacunas</li> <li>• Controles de seguimiento</li> <li>• Vacunas contra la gripe</li> <li>• Prueba de embarazo</li> <li>• Tratamiento de afecciones cutáneas menores</li> </ul>	<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><b>Centro de atención de urgencias</b></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"> <li>• Dolor de oídos</li> <li>• Infecciones menores o comunes (por ejemplo, infecciones de garganta)</li> <li>• Cortes pequeños</li> <li>• Torceduras y dolores musculares</li> <li>• Fracturas menores</li> <li>• Quemaduras menores</li> </ul>	<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><b>Sala de emergencias (ER)</b></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 <b>911</b>.</p>	<p>Tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de aliento</li> <li>• Dolor en el pecho o en el abdomen</li> <li>• Heridas abiertas grandes</li> <li>• Quemaduras importantes</li> <li>• Lesiones graves en la cabeza</li> <li>• Fracturas grandes</li> <li>• Sangrado incontrolable</li> <li>• Agresión criminal (atracó, violación, herida cortante, herida de bala)</li> <li>• Envenenamiento o sobredosis de medicamentos o alcohol</li> <li>• Peligro para uno mismo o para otros</li> <li>• Reacción alérgica grave o mordedura de un animal</li> </ul>	<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"> <li>• 3 a 5 días</li> <li>• 1 a 2 semanas</li> <li>• 2 meses</li> <li>• 4 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• 9 meses</li> </ul> <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"> <li>• 12 meses</li> <li>• 15 meses</li> <li>• 18 meses</li> <li>• 24 meses</li> <li>• 30 meses</li> <li>• 3 años en adelante, el día del cumpleaños de su hijo o poco tiempo después</li> </ul> <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://cdc.gov/vaccines)

También puede visitar el sitio web de Driscoll Health Plan:

[driscollhealthplan.com/immunization-schedules](https://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](http://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](http://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 [text4b.com](http://text4b.com)

### **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](http://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](http://aeroflowbreastpumps.com)
- [breastpumpdepot.com](http://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](http://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](https://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](http://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](http://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.

**Tabla De Beneficios**

La siguiente tabla contiene información sobre sus beneficios, limitaciones y copagos:

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<p><b>Servicios de hospital agudos generales y de rehabilitación para pacientes internados</b></p>	<p>Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos o de proveedor brindados en el hospital</li> <li>• Habitación semiprivada y comida (habitación privada si es médicamente necesaria según lo certificado por el médico tratante)</li> <li>• Cuidado general de enfermería</li> <li>• Enfermería especial cuando sea médicamente necesaria</li> <li>• Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y sus servicios</li> <li>• Comidas para miembros y dietas especiales</li> <li>• Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos</li> <li>• Anestesia y administración (componente técnico del centro)</li> <li>• Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos, férulas</li> <li>• Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas</li> <li>• Sangre o hemoderivados que no se provean sin cargo al miembro y su administración</li> <li>• Radiografías, estudios de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)</li> <li>• Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro)</li> <li>• Exámenes de diagnóstico por equipos (EEG, EKG, etc.)</li> <li>• Servicios de oxígeno y terapia de inhalación</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Acceso a centros perinatales de nivel III designados por DSHS u hospitales que ofrecen niveles de atención equivalentes</li> <li>• 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.</li> <li>• Servicios de hospital, médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con el cuidado dental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización previa para cuidado sin carácter de emergencia y luego de la estabilización de una situación de emergencia</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel de copago correspondiente a pacientes internados</p>

## MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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"> <li>○ Dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado;</li> <li>○ ecografías; y</li> <li>○ examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos</li> <li>• Los servicios para pacientes internadas por mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>○ prótesis mamaria externa para la mama en que se haya realizado el procedimiento de mastectomía médicamente necesario;</li> <li>○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> <li>• 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"> <li>○ Labio leporino y/o paladar hendidos; o</li> <li>○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o</li> <li>○ Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones</li> </ul> </li> </ul>		

## MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	sindromicas congénitas y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.		
<b>Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)</b>	Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada y comidas</li> <li>• Servicios de enfermería regulares</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> <li>• Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por el centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización y orden del médico</li> <li>• Límite de 60 días por plazo de 12 meses</li> </ul>	No se aplican copagos
<b>Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria</b>	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"> <li>• Radiografías, estudios de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico mediante equipos</li> <li>• Servicios de centro de cirugía ambulatoria</li> <li>• Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas</li> <li>• Yesos, férulas, vendajes</li> <li>• Servicios de salud preventivos</li> <li>• Terapias físicas, ocupacional y del habla</li> <li>• Diálisis renal</li> <li>• Servicios respiratorios</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Sangre o hemoderivados que no se ofrecen sin cargo al miembro y la administración de estos productos</li> <li>• 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"> <li>○ procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado;</li> <li>○ ecografías; y</li> <li>○ examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> </ul>	Puede requerir autorización previa y orden de un médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica el nivel de copago aplicable a los servicios de medicamentos recetados</li> <li>• Los copagos no se aplican a los servicios preventivos</li> </ul>

## MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos del centro y servicios relacionados, como anestesia, asociados con el cuidado dental, cuando se ofrecen en un centro quirúrgico ambulatorio licenciado</li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos</li> <li>• 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"> <li>○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>○ prótesis mamaria externa para mama(s) en que se hayan realizado uno o más procedimientos de mastectomía médicamente necesarios;</li> <li>○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li> </ul> </li> <li>• 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</li> <li>• 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"> <li>○ labio y/o paladar hendidos; o</li> <li>○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o</li> <li>○ Asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		

## MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Servicios profesionales de médicos/auxiliares médicos</b>	<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"> <li>• 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)</li> <li>• Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internados o ambulatorios</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes y servicios de patología, lo cual incluye el componente técnico y/o la interpretación profesional</li> <li>• Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio médico</li> <li>• Pruebas de alergia, suero e inyecciones</li> <li>• Componente profesional (internado/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, lo cual incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, lo cual incluye un cuidado de seguimiento apropiado</li> <li>○ Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o CRNA</li> <li>○ Segundas opiniones quirúrgicas</li> <li>○ Cirugía ambulatoria realizada en un hospital sin quedarse durante la noche</li> <li>○ Procedimientos de diagnóstico invasivos, tales como exámenes endoscópicos</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos hospitalarios (incluidos componentes técnicos e interpretativos realizados por un médico)</li> <li>• Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria, incluyen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;</li> <li>○ externa de prótesis mamaria de la mama(s) en que sea médicamente</li> </ul> </li> </ul>	<p>Puede requerir autorización para servicios especializados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica el nivel de copago correspondiente a las visitas en el consultorio</li> <li>• Los copagos no se aplican a las visitas preventivas o prenatales después de la primera visita</li> </ul>

## 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"> <li>○ cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y</li> <li>○ tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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.</li> <li>● 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"> <li>○ procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C);</li> <li>○ medicamentos administrados por un proveedor adecuado;</li> <li>○ ecografías; y</li> <li>○ examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul> </li> <li>● 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).</li> <li>● 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"> <li>○ labio y/o paladar hendidos;</li> <li>○ desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o</li> <li>○ asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.</li> </ul> </li> </ul>		

## MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones	Copago
<b>Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares preembarazo</b>	<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>		
<b>Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables</b>	<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"> <li>• Aparatos ortopédicos y ortésicos</li> <li>• Dispositivos dentales</li> <li>• Dispositivos protésicos como ojos artificiales, aparatos para las extremidades y prótesis mamarias externas</li> <li>• Anteojos y lentes de contacto protésicos para el tratamiento de una enfermedad oftalmológica grave</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Suministros médicos descartables para un diagnóstico específico, lo cual incluye fórmula especializada recetada para un diagnóstico específico y suplementos dietéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización previa y orden del médico</li> <li>• 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)</li> </ul>	No se aplican copagos
<b>Servicios del centro de maternidad</b>	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
<b>Servicios prestados por un médico o enfermera partera certificada en un centro de</b>	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			
<b>Servicios de salud comunitarios y en el hogar</b>	<p>Servicios provistos en el hogar y la comunidad, lo cual incluye, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusión en el hogar</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Visitas de enfermería privada (R.N., L.V.N.)</li> <li>• Visitas de enfermería especializada según lo definido para fines de salud en el hogar (puede incluir R.N. o L.V.N.)</li> <li>• 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</li> <li>• Terapia del habla, física y ocupacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización previa y orden del médico</li> <li>• Los servicios no procuran sustituir al cuidador del niño ni proporcionarle relevo</li> <li>• Las visitas de Enfermería especializada se proporcionan en un nivel intermitente y no procuran proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas</li> <li>• Estos servicios no procuran reemplazar los servicios para pacientes internados las 24 horas o de un centro de enfermería especializada.</li> </ul>	No se aplican copagos
<b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b>	<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"> <li>• Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización previa para servicios sin carácter de emergencia</li> <li>• No requiere un referido del proveedor de cuidado primario.</li> <li>• Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados son solicitados por un tribunal</li> </ul>	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><b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b></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"> <li>• Visitas en una variedad de ambientes comunitarios (como entornos escolares y domiciliarios) y en centros operados por el estado</li> <li>• Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas</li> <li>• Administración de medicamentos</li> <li>• Tratamientos de rehabilitación diurnos</li> <li>• Servicios de tratamiento residencial</li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación)</li> <li>• Capacitación de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere autorización previa.</li> <li>• No requiere un referido del proveedor de cuidado primario.</li> <li>• 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</li> </ul>	<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"> <li>• 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</li> </ul>	

## 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.	
<b>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</b>	<p>Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) una orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o</li> <li>2) como condición de la libertad condicional;</li> </ol> </li> <li>• 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;</li> <li>• Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considera encarcelado, según lo definido por la Sección 16.1 15.2 de la UMCM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización previa para servicios sin carácter de emergencia</li> <li>• No requiere un referido del proveedor de cuidado primario.</li> </ul>	<p>Se aplica el nivel de copago correspondiente a pacientes internados</p>
<b>Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	<p>Los servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de prevención e intervención de proveedores médicos y no médicos, tales como detección, evaluación y referidos o derivaciones por trastornos de dependencia química</li> <li>• Servicios ambulatorios intensivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere autorización previa.</li> <li>• No requiere un referido del proveedor de cuidado primario.</li> <li>• Servicios de tratamiento ambulatorio hasta un máximo de:</li> </ul>	<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"> <li>• Hospitalización parcial</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• Cuando se requieren servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias ambulatorios y residenciales como:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) una orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o</li> <li>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;</li> </ol> </li> <li>• Estos requisitos no son aplicables cuando el Miembro se considera encarcelado, según lo definido por la Sección 16.1 15.2 de la UCMCM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa ambulatorio intensivo, hasta 12 semanas por un período de 12 meses.</li> <li>• Servicios ambulatorios, hasta seis meses por cada período de 12 meses</li> </ul>	
<b>Servicios de rehabilitación</b>	<p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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:</li> <li>• Terapias físicas, ocupacional y del habla</li> <li>• Evaluación del desarrollo</li> </ul>	Requiere autorización previa y orden del médico	No se aplican copagos
<b>Servicios de cuidado de hospicio</b>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para niños con una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requiere autorización y orden del médico</li> </ul>	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"> <li>Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con una enfermedad terminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio</li> <li>Hasta un máximo de 120 días, con una esperanza de vida de 6 meses</li> <li>Los miembros que eligen servicios de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento</li> </ul>	
<p><b>Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia</b></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"> <li>Servicios de emergencia, según la definición de “condición médica de emergencia” de una persona común y prudente</li> <li>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</li> <li>Exámenes de diagnóstico médico</li> <li>Servicios de estabilización</li> <li>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</li> <li>Transporte de emergencia por tierra, aire o agua</li> <li>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</li> </ul>	<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><b>Administración de casos y servicios de coordinación de atención</b></p>	<p>Estos servicios incluyen información de divulgación, administración de casos, coordinación de atención y remisión a la comunidad</p>		
<p><b>Trasplantes</b></p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Según las pautas más actuales de la FDA, todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las</li> </ul>	<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		
<b>Beneficios de visión</b>	Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un (1) examen de ojos para diagnosticar la necesidad de lentes correctivos y la correspondiente receta por un período de 12 meses, sin autorización</li> <li>• Un (1) par de anteojos no protésicos por período de 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de marcos y lentes.</li> <li>• 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.</li> </ul>	Nivel de copago correspondiente aplicable a las visitas en el consultorio facturadas por exámenes de refracción
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Los servicios cubiertos no requieren receta médica y se limitan a subluxaciones vertebrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• Se requiere autorización para visitas adicionales.</li> </ul>	El nivel de copago correspondiente se aplica a las visitas al consultorio de un quiropráctico
<b>Programas antitabaco</b>	Cubiertos hasta \$100 por un período límite de 12 meses para un programa aprobado por el plan <ul style="list-style-type: none"> <li>• El plan de salud define cuál es el programa aprobado por el plan.</li> <li>• Puede estar sujeto a requisitos de medicamentos cubiertos.</li> </ul>	Requiere autorización	No se aplican copagos
<b>Beneficios de medicamentos</b>	Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para pacientes ambulatorios y productos biológicos; incluye medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y</li> <li>• Medicamentos y productos biológicos provistos como paciente internado.</li> </ul>	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"> <li>• Debe cumplir los criterios médicos</li> <li>• Las renovaciones deben ser continuas</li> </ul>
	Un juego de fundas de almohadas y de cama hipoalergénicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe cumplir los criterios médicos</li> <li>• Un juego por miembro, por año</li> </ul>
	Patrocinio por única vez para Camp Easy Breathers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 a 14 años</li> <li>• Se ofrece por orden de llegada</li> <li>• Debe cumplir los criterios médicos</li> <li>• Un patrocinio por miembro, de por vida</li> </ul>
Programa de juego y ejercicio saludable	Membresías en el Boys & Girls Club	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 a 18 años</li> <li>• Las membresías se ofrecen por orden de llegada</li> <li>• Las ubicaciones incluyen: Alice, Beeville, Corpus Christi, Kingsville, Robstown, y Victoria</li> </ul>

**MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP**

<b>Servicios de valor añadido</b>		
<b>Tipo de beneficio</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Restricciones o limitaciones</b>
<b>Visión</b>	\$150 para actualizar marcos, lentes, o lentes de contacto cada 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 a 18 años</li> <li>• Limitado a miembros que necesitan anteojos</li> </ul>
<b>Exámenes físicos para deportes y la escuela</b>	Examen físico deportivo o escolar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 a 18 años</li> <li>• Un examen físico por miembro, por año</li> </ul>
<b>Transportación</b>	<p>Transporte a cualquier visita o cita local relacionada con la salud.</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Citas médicas</li> <li>• Citas de terapia</li> <li>• Citas de especialidad</li> <li>• Oficina de la Administración del Seguro Social</li> <li>• Eventos patrocinados por DHP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe encontrarse dentro del área de servicio de Nueces</li> <li>• Debe encontrarse dentro de un radio de 25 millas o contar con autorización previa</li> <li>• La solicitud del servicio de transporte debe hacerse dos días antes de la visita</li> <li>• Hasta 5 pasajeros incluido el miembro de DHP y el padre o asistente</li> <li>• Para visitas fuera de la red o del área de servicio de Driscoll es necesario contar con la autorización previa de DHP</li> </ul>
<b>Salud y bienestar</b>	<p>Tarjeta de regalo de \$50 por participar en un programa de salud y bienestar, el cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de deportes</li> <li>• Membresía en un gimnasio</li> <li>• Carrera de 5k</li> <li>• Clase de baile</li> <li>• Clase de arte</li> <li>• Clase de yoga</li> <li>• Lecciones de música</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tarjeta de regalo por miembro, por año</li> <li>• Debe presentar un comprobante de participación</li> </ul>
	Un botiquín de primeros auxilios por familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 a 5 años</li> <li>• Debe ser un miembro nuevo</li> </ul>
	Un monitor de actividad para gestión del peso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 18 años</li> <li>• Debe cumplir los criterios médicos</li> <li>• Debe completar los módulos de aptitud física</li> </ul>
	Tratamiento de eliminación de piojos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres visitas por año</li> <li>• Se necesita la derivación del PCP</li> <li>• Clínicas participantes únicamente</li> </ul>

**MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP**

<b>Servicios de valor añadido</b>		
<b>Tipo de beneficio</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Restricciones o limitaciones</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede tratar a miembros de la familia si el miembro de DHP califica para el tratamiento</li> </ul>
<b>Línea de asesoramiento de enfermeras</b>	Línea de asesoramiento de enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
<b>Ayuda para miembros con diabetes</b>	Bandas de resistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miembro debe tener 7 años de edad o más.</li> <li>• Miembro debe cumplir con los criterios médicos</li> <li>• Miembro debe estar inscrito en la gestión de casos.</li> <li>• Un juego por miembro, por año</li> </ul>
<b>Salud conductual</b>	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión de Triple P.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tarjeta de regalo de \$20 por clase, hasta 3 tarjetas de regalo por familia</li> <li>• Debe estar inscrito en una sesión de Triple P</li> <li>• Debe completar cada clase de Triple P</li> <li>• Debe completar un grupo de edad por nivel</li> <li>• Limitado a dos niveles diferentes</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un seguimiento de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 años y mayores</li> <li>• El seguimiento debe hacer con un médico de salud mental</li> <li>• Debe hacerse dentro de los 7 días siguientes al alta del hospital de salud mental para pacientes hospitalizados</li> </ul>
<b>Programas de regalo</b>	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"> <li>• Debe inscribirse para las clases</li> <li>• No debe estar relacionado con ningún otro VAS</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se aplica una vacuna contra el COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 2 cartas de regalo por año</li> <li>• Debe presentar una copia de la tarjeta de vacunación</li> </ul>

**MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP**

<b>Servicios de valor añadido</b>		
<b>Tipo de beneficio</b>	<b>Descripción del beneficio</b>	<b>Restricciones o limitaciones</b>
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe completar una clase de Kids in Safety Seats</li> <li>• Una tarjeta de regalo por familia</li> </ul>
	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"> <li>• 3 a 5 días</li> <li>• 2 semanas</li> <li>• 4 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• 9 meses</li> </ul>
	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"> <li>• 12 meses</li> <li>• 15 meses</li> </ul>
	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"> <li>• Hasta tres kits de ciclo menstrual por año</li> <li>• El miembro debe solicitar el kit</li> </ul>
	Kit de materiales educativos braille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 5 años</li> <li>• Debe cumplir con los criterios médicos</li> <li>• Uno por miembro, por año</li> </ul>
<b>Ayuda adicional para embarazadas</b> Para obtener una lista de baby showers y clases de crianza, visite: <a href="http://driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby">driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby</a>  <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"> <li>• Debe realizarse de 7 a 84 días después del parto</li> <li>• Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$25 por completar un control de la salud prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El chequeo médico debe realizarse dentro del primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción en DHP</li> <li>• Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar a una clase de crianza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe asistir dentro de los 120 días del parto</li> </ul>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una visita a domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mamás deben llamar para programar una visita a domicilio</li> <li>La visita debe realizarse dentro de los 60 días siguientes al parto</li> <li>Mamás se les hará una evaluación posnatal al finalizar la clase</li> </ul>
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de riesgos de salud (HRA) durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe ser un nuevo miembro embarazada</li> <li>Debe completar la HRA de embarazo</li> </ul>
	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"> <li>No debe calificar para otros programas de orientación nutricional</li> <li>Debe ser un miembro embarazada</li> </ul>
	Consultas de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 sesiones por embarazo</li> <li>Hasta 60 días después del parto</li> </ul>
<b>Beneficios para artículos de venta libre</b>	Tarjeta de regalo de \$50 para artículos de venta libre.	<p><b>De 6 a 15 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener 6 meses de elegibilidad continua</li> <li>Debe haber completado 2 chequeos de niños sanos dentro de los 6 meses</li> <li>Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse</li> </ul> <p><b>De 13 a 18 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tener 6 meses de elegibilidad continua</li> <li>Debe haber completado 1 chequeo de niños sanos en un plazo de 12 meses</li> <li>Debe descargar la aplicación móvil de DHP y registrarse</li> </ul>

## 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"><li>• 13 a 18 años</li><li>• Un reembolso de por vida</li><li>• Solo para productos no cubiertos por el administrador de beneficios de farmacia</li><li>• Debe presentar un comprobante de compra</li></ul>
	Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children's Hospital.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe presentar su credencial de identificación de miembro de DHP</li><li>• No se incluyen los beneficios cubiertos por CHIP</li></ul>

### *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**

<b>Equipo médico Duradero (DME)/Suministros</b>			
<b>SUMINISTROS</b>	<b>CUBIERTO</b>	<b>EXCLUIDO</b>	<b>COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO</b>
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"> <li>• 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</li> </ul> <p>No incluye la fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para miembros que puedan alimentarse con una dieta apropiada para su edad</li> <li>• Tradicionalmente utilizada para la alimentación infantil</li> <li>• 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)</li> <li>• 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</li> </ul> <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**

<b>SUMINISTROS</b>	<b>CUBIERTO</b>	<b>EXCLUIDO</b>	<b>COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO</b>
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**

<b>SUMINISTROS</b>	<b>CUBIERTO</b>	<b>EXCLUIDO</b>	<b>COMENTARIOS/DISPOSICIONES DEL CONTRATO DEL MIEMBRO</b>
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**

<b>TABLA DE COSTOS COMPARTIDOS DEL CHIP</b>	
	<b>EFICAZ 1 de julio de 2022</b>
<b>Cuotas de inscripción (para un período de inscripción de 12 meses):</b>	
	<b>Cargo</b>
<b>Igual o inferior al 151 % del FPL* o exento de otro modo del costo compartido</b>	\$0
<b>Por encima del 151 % hasta el 186 % inclusive del FPL</b>	\$35
<b>Por encima del 186 % hasta el 201 % inclusive del FPL</b>	\$50
<b>Copagos (por visita):</b>	
<b>En o por debajo del 151% FPL</b>	<b>Cargo</b>
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)**
<b>Por encima del 151% hasta e incluyendo el 186% del FPL</b>	<b>Cargo</b>
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)**
<b>Por encima del 186 % hasta el 201 % FPL inclusive</b>	<b>Cargo</b>
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](http://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](http://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](http://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 ayudarle a escribir sus quejas y brindarle asistencia durante el proceso de queja. Si usted necesita ayuda con una apelación, un asesor de miembros puede ayudarle 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 ayudarle 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](http://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](https://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](https://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](http://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,

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"><li>• 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.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cualquier restricción a su libertad para elegir proveedores de la red.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sus derechos y responsabilidades.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Información sobre los procesos de queja, apelación e IRO.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo obtener beneficios, lo cual incluye los requisitos de autorización.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo obtener beneficios (como servicios de planificación familiar) de proveedores fuera de la red y los límites a dichos beneficios.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo recibir cobertura de emergencia y fuera del horario normal, y los límites a dichos beneficios, entre ellos:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Qué constituyen una afección médica de emergencia, los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización.</li><li>○ El hecho de que usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir servicios de cuidado de emergencia.</li><li>○ Cómo obtener servicios de emergencia, lo cual incluye indicaciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico <b>911</b> o su equivalente local.</li><li>○ Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por CHIP.</li><li>○ Una declaración de su derecho a usar las instalaciones de cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia.</li><li>○ Las reglas de la posestabilización.</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Las pautas de práctica de Driscoll Health Plan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• El Directorio de Proveedores.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros.</li></ul>

**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)

*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](mailto: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](https://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 ທ່ານ ກໍ າລັງ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ, ມີ ອາການ ກ່ຽວກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ ຈະ ໄດ້ ຮັບ ການ ຊ່ວຍ ເຫຼືອ ອາດ ຈະ ມີ ນັ້ນ ຈຳນວນ ທີ່ ບໍ່ ຈຳກັດ ນາຍາມ ຂອງ ທ່ານ ບໍ່ ມີ ຄ່າ ໃຊ້ ຈ່າຍ. ການ ໂອ້ ລົມ ກັບ ນາຍາມ ພາສາ, ໃຫ້ ໂທ ຫາ 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](http://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](mailto: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](https://www.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.