

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK NUECES

SEPTEMBER
2024

AN AFFILIATE OF
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

MEMBER SERVICES

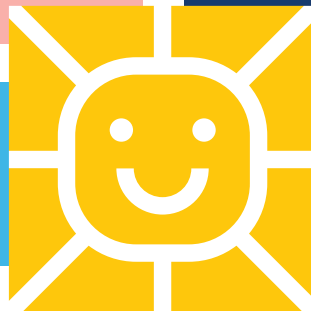
Toll-free:

1-877-451-5598

TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com





Dear Driscoll Health Plan Member:

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

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

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

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

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

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

We look forward to serving you.

Welcome to the Driscoll Health Plan Family!



Phone Numbers

Member Services	
<p>Available 24 hours a day, 7 days a week. Regular business hours 8 a.m. to 5 p.m. CST, Monday-Friday, excluding state-approved holidays.</p> <p>You can leave a message after hours, on weekends and holidays.</p> <p>Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.</p> <p>For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.</p>	
Nueces Service Area	1-877-451-5598
TTY for the deaf and hard of hearing	1-800-735-2989
Behavioral Health Hotline	
<p>Available 24 hours a day, 7 days a week.</p> <p>For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.</p> <p>Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.</p>	
Nueces Service Area	1-833-532-0218
Nurse Advice Line	
<p>Available 24 hours a day, 7 days a week.</p> <p>For an Emergency, dial 911 or go to your nearest emergency room.</p> <p>Our staff speaks English and Spanish. Interpreter services are available.</p>	
Nueces Service Area	1-833-532-0223
Other Important Phone Numbers	
CHIP Program Help Line	1-800-647-6558
Pharmacy Assistance	1-877-451-5598
TTY for the deaf and hard of hearing	1-800-735-2989
Non-Emergency Medical Transportation-SafeRide Health	1-833-694-5881
<p>What do I do if I Need Help or Need the Member Handbook in a Different Format?</p> <p>Our staff speaks English or Spanish and can help you with questions. We also have special services for people who have trouble reading, hearing, seeing, understanding, or speaking a language other than English or Spanish. You can also ask for this Handbook and any other member materials in audio, larger print, braille, and other languages. To get help with language assistance and auxiliary aids services at no cost to you, call Member Services at 1-877-451-5598 (TTY: 1-800-735-2989).</p>	
<p>Driscoll Health Plan 4525 Ayers St Corpus Christi, Texas 78415 Visit us at driscollhealthplan.com</p>	

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Table of Contents

WELCOME	6	How soon can I expect to be seen?	11
IMPORTANT THINGS YOU SHOULD KNOW	6	What do I need to bring to a Perinatal Provider's appointment?.....	11
<i>Things you can do to stay healthy</i>	6	How do I get medical care after my Primary Care Provider's office is closed?	11
MEMBER IDENTIFICATION (ID) CARD	7	How do I get after-hours care?	11
<i>Reading your DHP CHIP Perinate ID Card</i>	7	GETTING URGENT AND EMERGENCY CARE	12
<i>Using your DHP CHIP Perinate ID Card</i>	7	URGENT MEDICAL CARE	12
<i>If you lose your ID Card or Move</i>	7	<i>What is Urgent Medical Care?</i>	12
CHIP PERINATAL ELIGIBILITY.....	7	<i>How soon can I expect to be seen?</i>	12
CHIP PERINATAL COVERAGE RENEWAL	7	EMERGENCY MEDICAL CARE.....	12
<i>When does CHIP Perinatal Program coverage end?</i>	7	<i>What is an Emergency and an Emergency Medical Condition?</i>	12
<i>How does renewal work? Will the State send me anything when my CHIP Perinatal Coverage ends?</i>	8	<i>What are Emergency Services or Emergency Care?</i>	12
MEMBER SERVICES	8	<i>How soon can I expect to be seen?</i>	13
<i>How can Member Services Help You?</i>	8	<i>What if I get sick when I am out of town or traveling?..</i>	13
MEMBER PORTAL	8	<i>What if I get sick when I am out of state?</i>	13
DOWNLOAD THE DRISCOLL HEALTH SYSTEM MOBILE APP ...	8	<i>What if I get sick when I am out of the country?</i>	13
<i>How do I get it?</i>	8	<i>What is a referral?</i>	13
<i>Need help downloading the app?</i>	8	<i>What services do not need a referral?</i>	13
<i>What information can I access?</i>	8	<i>What is post-stabilization?</i>	13
CHOOSING YOUR DOCTOR	9	TAKING CARE OF YOURSELF AND YOUR FAMILY	
<i>What is a CHIP Perinatal Provider?</i>	9	PREVENTATIVE HEALTH OR SELF-MANAGEMENT	13
<i>How do I choose a CHIP Perinatal Provider?</i>	9	HEALTH EDUCATION	13
<i>How can I change my Perinatal Provider?</i>	9	<i>What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?</i>	13
<i>Do I need a referral?</i>	9	<i>Health Education Text Messages</i>	13
<i>How soon can I expect to be seen after contacting a Perinatal Provider for an appointment?</i>	9	OTHER DRISCOLL HEALTH PLAN SERVICES AND EDUCATION FOR PREGNANT MEMBERS	14
<i>Can I stay with a Perinatal Provider if they are not with DHP?</i>	9	GET READY FOR BABY EDUCATIONAL BABY SHOWERS	14
<i>Can a clinic be my CHIP Perinatal Provider?</i>	9	ZIKA VIRUS.....	14
CHOOSING A PRIMARY CARE PROVIDER	9	<i>What is the Zika Virus?</i>	14
<i>Can I choose my child's Primary Care Provider before he or she is born? What information do they need?</i>	9	<i>Where is the Zika Virus?</i>	14
<i>Who do I call?</i>	10	<i>Who is at risk?</i>	14
<i>Can a clinic be my baby's Primary Care Provider?</i>	10	<i>What are the symptoms?</i>	14
<i>Can a Specialist be my child's Primary Care Provider?</i> ..	10	<i>How can I protect myself from the Zika Virus?</i>	14
<i>How many times can I change my or my child's Primary Care Provider?</i>	10	<i>How can I get mosquito spray/lotion?</i>	14
<i>Physician Incentive Plan</i>	10	BREAST PUMPS.....	15
COVERED BENEFITS FOR PREGNANT MEMBERS	10	<i>Why would you need a breast pump?</i>	15
<i>What is Medically Necessary</i>	10	<i>How do I get a breast pump?</i>	15
GETTING ROUTINE MEDICAL CARE	11	<i>Where can I get a breast pump?</i>	15
<i>What is routine medical care?</i>	11	HELP AFTER PREGNANCY	15
		POSTPARTUM VISITS	15
		OTHER PREVENTATIVE CARE PROGRAMS	15
		<i>DSHS Primary Health Care Services Program</i>	15
		HEALTHY TEXAS WOMEN.....	16

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

SPECIAL SERVICES	16	What if I cannot get the medication my doctor ordered approved?.....	30
INTERPRETER SERVICES	16	What if I lose my medication?.....	30
Can someone interpret for me when I talk with my Perinatal Provider?.....	16	What if I need an over-the-counter medication?.....	30
Who do I call for an interpreter?.....	16	What if I need more than 34 days of a prescribed medication?	30
How far in advance do I need to call?	16	CHANGING HEALTH PLANS	30
How can I get a face-to-face interpreter in the provider's office?.....	16	What if I want to change health plans?.....	30
BENEFITS AND SERVICE	17	Who do I call?.....	30
What are the CHIP Perinatal Program benefits?.....	17	How many times can I change health plans?.....	30
How do I get these services?	17	When will my health plan change become effective?... 31	
Are there any limits on any covered services?.....	17	How many times can I change my or my child's Primary Care Provider?.....	31
What if I have other children in CHIP?.....	17	When will my health plan change become effective?... 31	
Can my newborn be covered by Medicaid?.....	17	Can Driscoll Health Plan ask that I get dropped from their health plan for non-compliance, etc.?.....	31
BENEFITS TABLE	18	OTHER IMPORTANT INFORMATION	31
EXTRA BENEFITS	24	What do I have to do if I move?.....	31
What extra benefits do I get as a Driscoll Health Plan Member?.....	24	What if I get a bill from a Provider?.....	31
What is a Value-Added Service?.....	24	Who do I call?.....	31
How can I get these benefits for my unborn child?.....	24	What information will they need?	32
VALUE-ADDED SERVICES.....	24	Mental Health Parity and Addiction Equity Act	32
EXCLUSIONS	26	COMPLAINTS	32
What services are not covered by the CHIP Perinatal Program?.....	26	Complaint Process.....	32
COSTS OF YOUR DHP CHIP PERINATE INSURANCE	29	What should I do if I have a complaint?.....	32
What are co-payments?.....	29	Driscoll Health Plan Complaint Procedures.....	32
How much do I have to pay for my unborn child's health care under the CHIP Perinatal Program?	29	Who do I call?.....	32
What if I need services that are not covered by the CHIP Perinatal Program?	29	Can someone from Driscoll Health Plan help me file a complaint?	32
Will I have to pay for services that are not covered benefits?.....	29	What are the requirements and timeframes for filing a complaint?	32
HEALTH CARE AND OTHER SERVICES OFFERED	29	How long will it take to process my complaint?.....	32
PHARMACY AND PRESCRIPTIONS	29	If I am not satisfied with the outcome, who else can I contact?	32
How do I get my medications?.....	29	Do I have the right to meet with a Complaint Appeal Panel?	33
Who do I call if I have problems getting my prescriptions?.....	29	APPEALS	33
What are my unborn child's prescription drug benefits?	29	What can I do if my doctor asks for a service or medicine for me that is covered, but Driscoll Health Plan denies or limits it?.....	33
How do I find a network pharmacy?	29	How will I find out if services are denied?.....	33
What if I go to a pharmacy not in-network?	29	What are the timeframes for the Appeal Process?.....	33
What do I bring with me to the pharmacy?	29	How do I submit an appeal?	33
What if I need my medications delivered to me?.....	29	Can someone from DHP help me file an Appeal?.....	33
Who do I call if I have problems getting my medications?	30	SPECIALTY APPEALS	33
		EXPEDITED MCO APPEAL	34
		What is an Expedited Appeal?.....	34

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

<i>How do I ask for an Expedited Appeal?</i>	34
<i>Who can help me file an Expedited Appeal?</i>	34
<i>Does my request have to be in writing?</i>	34
<i>What are the timeframes for an Expedited Appeal?</i>	34
<i>What happens if DHP denies the request for an Expedited Appeal?</i>	34
INDEPENDENT/EXTERNAL REVIEW PROCESS	34
<i>What is an Independent/External Review?</i>	34
<i>How do I ask for an Independent/External Review?</i>	34
<i>What are the timeframes for this process?</i>	35
<i>What if I need an Appeal decision quickly?</i>	35
REPORT WASTE, ABUSE, AND FRAUD	35
<i>Do you want to report waste, abuse, or fraud?</i>	35
<i>To report waste, abuse, or fraud, choose one of the following:</i>	35
<i>To report waste, abuse, or fraud, gather as much information as possible.</i>	35
MANAGED CARE TERMINOLOGY	36
INFORMATION THAT IS AVAILABLE TO MEMBERS ONCE A YEAR	38
DRISCOLL HEALTH PLAN'S PARTNER'S PROVIDING CARE/SERVICES	38
MEMBER RIGHTS	39
MEMBER RESPONSIBILITIES	40
DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW	41
PROFICIENCY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES.....	42
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES	44
OUR RESPONSIBILITIES	49
SHARING OF HEALTH INFORMATION	49

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Welcome

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

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

- Choosing your Provider
- Getting emergency care
- Taking care of yourself
- Benefits
- Interpreter and transportation services
- Prescription coverage
- And many other topics

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

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, TX 78415

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

Important Things You Should Know

Things you can do to stay healthy

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

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

- Establish a good relationship with your doctor. You and your doctor need to work as a team.
- Your doctor will help take care of all your pregnancy health care needs.
- Call your Perinatal Provider to schedule appointments. Tell them you are a DHP CHIP Perinatal member.
- Call your Perinatal Provider whenever you need health care.

Be focused on prevention:

Get your checkups on time.

- ✓ Newborns should be seen by a doctor **3-5 days after birth.**
- ✓ Pregnant women should get a prenatal exam within **42 days of enrollment or in the first trimester.**
- ✓ New moms should have a postpartum exam within **7-84 days after delivery.**

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

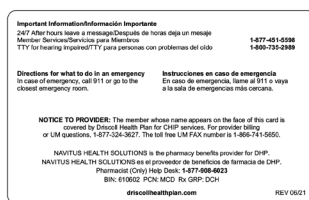
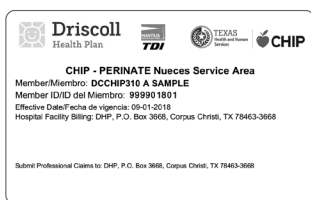
Call your doctor for non-emergency care. He or she can get you the right care that you need. Only visit the emergency room for an emergency.

Member Identification (ID) Card

You will get a CHIP Perinate ID card after joining Driscoll Health Plan. Make sure everything on the card is correct. Call Member Services at **1-877-451-5598** if you have any questions. While you are pregnant, you will receive a DHP CHIP Perinatal ID card for your unborn child. After birth, your newborn child will receive a DHP CHIP Perinatal Newborn ID card for either Medicaid or CHIP. Always keep your ID card with you. Take your ID card with you when you go to a doctor's visit and to the pharmacy.

Reading your DHP CHIP Perinate ID Card

The front of the DHP CHIP Perinatal ID card shows important facts about you. It contains your name, your DHP ID number, and your unborn child's coverage dates. The back of the ID card shows important phone numbers for emergencies and DHP Member Services. An example of your ID card is shown below.



Using your DHP CHIP Perinate ID Card

Always carry your DHP CHIP Perinatal ID card with you. That way, you will have it with you if there is an emergency. Also, show your ID card to your Perinatal Provider when you go to their office for a visit so that they will know you are a DHP Member.

If you lose your ID Card or Move

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

CHIP Perinatal Eligibility

CHIP Perinatal Program coverage continues through the delivery of your newborn. During the enrollment process, you will have the chance to pick a CHIP Perinatal Health Plan.

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

If you meet the CHIP Perinatal requirements, your baby will continue to receive 12 months of continuous CHIP Perinatal coverage through his or her health plan, beginning with the month of enrollment as an unborn child.

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

CHIP Perinatal Coverage Renewal

When does CHIP Perinatal Program coverage end?

Coverage for CHIP Perinate Members continues through the delivery of your newborn. New moms can have two postpartum visits within eight weeks of delivery. Coverage for CHIP Perinate Newborn Members ends after 12 months of coverage.

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

How does renewal work? Will the State send me anything when my CHIP Perinatal Coverage ends?

In the 10th month of your child's coverage, you will receive a CHIP or Medicaid renewal form for your child. You must fill it out and send it to HHSC. HHSC will decide if your child is able to get Medicaid or CHIP after his or her CHIP Perinate Newborn coverage ends. Call DHP Member Services at **1-877-451-5598** to get help with filling out your renewal application.

WAYS TO RENEW AND GET HELP

- **Website:** Go to yourtexasbenefits.com
- **Phone:** "Your Texas Benefits" app is in the IOS App Store for iPhone/Google Play Store for Android Phones
- **Call:** 2-1-1 to request a renewal packet
- **Call:** Member Services for help toll-free at **1-877-451-5598**

Member Services

How can Member Services Help You?

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

DHPmemberservices@dchstx.org

A DHP staff member will respond the next business day.

Our expert staff can help you with:

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

Member Portal

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

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

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

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

Download the Driscoll Health System Mobile App

Driscoll Health Plan has a new mobile application linked to MyChart.

How do I get it?

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

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

Need help downloading the app?

Call MyChart support line at 361-694-5980.

What information can I access?

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

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

Choosing Your Doctor

What is a CHIP Perinatal Provider?

As a Member of Driscoll Health Plan, you will get to choose a doctor, called a Perinatal Provider. This health care provider will know your medical history. He or she will help you get the care you need so that your newborn can be as healthy as possible. Your Perinatal Provider will provide prenatal care. Also, your Perinatal Provider will arrange for medical tests or special treatments, if needed. Your Perinatal Provider is the first person you should call when you have concerns about your health or your unborn child's health. He or she will provide the care you need or help direct you to someone who can help you.

Except in an emergency, you should always call your Perinatal Provider before getting health care services. Your Perinatal Provider or another doctor can be reached by phone 24 hours a day, 7 days a week. If you go to a doctor who is not your Perinatal Provider, you might have to pay the bill.

How do I choose a CHIP Perinatal Provider?

You may choose a Perinatal Provider from the DHP Provider Directory or you can get help picking a Perinatal Provider by calling Driscoll Health Plan Member Services at **1-877-451-5598**.

If you go to a Provider that is not in DHP's network, you might have to pay the bill.

How can I change my Perinatal Provider?

You can change your Perinatal Provider by calling DHP Member Services at **1-877-451-5598**.

Do I need a referral?

You do not need a referral to go see your CHIP Perinatal Provider.

How soon can I expect to be seen after contacting a Perinatal Provider for an appointment?

You should be able to get an appointment for routine care within two weeks. If you have had problems with previous pregnancies, or if you are more than seven months pregnant, you should be given an appointment within five days of the request.

Can I stay with a Perinatal Provider if they are not with DHP?

If you have 16 weeks or less remaining before the expected delivery date of your baby, you can stay with your current doctor until after your postpartum checkup, even if the doctor is, or becomes, out of network. Otherwise, you will need to pick a Perinatal Provider that is in DHP's network.

Can a clinic be my CHIP Perinatal Provider?

Your Perinatal Provider can be a doctor, a health clinic, a Federally Qualified Health Center (FQHC), or a Rural Health Clinic (RHC) that is contracted with DHP to provide pregnancy services.

Choosing a Primary Care Provider

Can I choose my child's Primary Care Provider before he or she is born? What information do they need?

You will need to pick a Primary Care Provider for your newborn baby. The Primary Care Provider is the doctor who takes care of your baby's medical needs. This includes all checkups and vaccines (immunizations). You can pick your child's Primary Care Provider before he or she is born if you would like. If needed, you can change your baby's Primary Care Provider later. If you do not pick a Primary Care Provider for your baby, DHP will pick one for you.

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Who do I call?

Just call DHP Member Services at **1-877-451-5598** and give us the name and address of the Primary Care Provider you picked from the DHP Provider Directory. If you do not pick a Primary Care Provider for your baby, DHP will pick one for you.

Can a clinic be my baby's Primary Care Provider?

You can pick a clinic as the Primary Care Provider for your baby. This can be a Federally Qualified Health Center (FQHC) or a Rural Health Clinic (RHC). If you have questions, call DHP Member Services at **1-877-451-5598**.

Can a Specialist be my child's Primary Care Provider?

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

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

There is no limit on how many times you can change your or your child's primary care provider. You can

change primary care providers by calling us toll-free at **1-877-451-5598** or writing to:

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

Physician Incentive Plan

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

Covered Benefits for Pregnant Members

The CHIP Perinatal Program is designed to provide prenatal services to unborn children of pregnant, low-income women who do not qualify for Medicaid. Unlike with CHIP, there is no 90-day waiting period before coverage can begin. Also, there is no CHIP asset test before joining. Covered services for CHIP Perinate Pregnant Members must meet the CHIP Perinatal definition of "Medically Necessary."

What is Medically Necessary?

Medically Necessary means:

- (1) Health Care Services that are:
 - a. reasonable and necessary to prevent illnesses or medical conditions, or provide early screening, interventions, or treatments for conditions that cause suffering or pain, cause physical deformity or limitations in function, threaten to cause or worsen a disability, cause illness or infirmity of a Member endanger life;

- b. provided at appropriate facilities and at the appropriate levels of care for the treatment of a Member's health conditions;
- c. consistent with health care practice guidelines and standards that are endorsed by professionally recognized health care organizations or governmental agencies;
- d. consistent with the Member's diagnoses;
- e. no more intrusive or restrictive than necessary to provide a proper balance of safety, effectiveness, and efficiency;
- f. not experimental or investigative; and
- g. not primarily for the convenience of the Member or provider; and

(2) Behavioral Health Services that:

- a. are reasonable and necessary for the diagnosis or treatment of a mental health or chemical dependency disorder, or to improve, maintain, or prevent deterioration of functioning resulting from such a disorder;
- b. are in accordance with professionally accepted clinical guidelines and standards of practice in behavioral health care;
- c. are furnished in the most appropriate and least restrictive setting in which the services can be safely provided;
- d. are the most appropriate level of supply of service that can be safely provided;
- e. could not be omitted without adversely affecting the Member's mental and/or unborn child's physical health or the quality of care rendered;
- f. are not experimental or investigative; and
- g. are not primarily for the convenience of the mother, the Member, or the provider.

Getting Routine Medical Care

What is routine medical care?

Routine Perinatal Care includes regular checkups and care during your pregnancy by your Perinatal Provider. During a routine visit, your Perinatal Provider can give you medications, if needed.

How soon can I expect to be seen?

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

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

What do I need to bring to a Perinatal Provider's appointment?

- ✓ Your Driscoll Health Plan Member ID card
- ✓ List of health care concerns
- ✓ Medications you are taking, including any herbal supplements
- ✓ Medical records if you are a new patient

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

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

How do I get after-hours care?

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

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

Getting Urgent and Emergency Care

Urgent Medical Care

What is Urgent Medical Care?

Another type of care is urgent care. Some injuries and illnesses are probably not emergencies but can become emergencies if they are not treated within 24 hours. Some examples are:

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

How soon can I expect to be seen?

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

You should always call your Perinatal Provider before going to the emergency room or to another provider. If your Perinatal Provider feels you should go to an emergency room, he or she will tell you.

Emergency Medical Care

What is an Emergency and an Emergency Medical Condition?

A CHIP Perinate Member is defined as an unborn child. Emergency care is a covered service if it directly relates to the delivery of the unborn child until birth. Emergency care is provided for the following Emergency Medical Conditions:

- Medical screening examination to determine emergency when directly related to the delivery of the covered unborn child;

- Stabilization services related to the labor with the delivery of the covered unborn child;
- Emergency ground, air, and water transportation for labor and threatened labor is a covered benefit;
- Emergency ground, air, and water transportation for an emergency associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) is a covered benefit.

Benefit limits: Post-delivery services or complications resulting in the need for emergency services for the mother of the CHIP Perinate are not a covered benefit.

What are Emergency Services or Emergency Care?

“Emergency services” or “emergency care” are covered inpatient and outpatient services furnished by a provider that is qualified to furnish such services and that are needed to evaluate or stabilize an emergency medical condition, including post-stabilization care services related to labor and delivery of the unborn child.

If there is an emergency, go to the closest Emergency Room right away or call 911.

Examples of when to go to the emergency room are when someone:

- Might die
- Has bad chest pains
- Cannot breathe or is choking
- Has passed out or is having a seizure
- Is sick from poison or a drug overdose
- Has a broken bone
- Is bleeding a lot
- Has been attacked (raped, stabbed, shot, or beaten)
- Is about to deliver a baby

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

- Has a serious injury to arm, leg, hand, foot, or head
- Has a severe burn
- Has a severe allergic reaction or has an animal bite
- Has trouble controlling behavior and without treatment is dangerous to self or others

A cold, cough, rash, small cuts, minor burns, or bruises are not good reasons to go to the Emergency Room.

If you go to the Emergency Room, be sure to call your Perinatal Provider within 24 hours or as soon as you are medically stable.

How soon can I expect to be seen?

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

What if I get sick when I am out of town or traveling?

If you or your child needs medical care when traveling, call us toll-free at **1-877-451-5598**, and we will help you find a doctor.

If you or your child needs emergency services while traveling, go to a nearby hospital, then call us toll-free at **1-877-451-5598**.

What if I get sick when I am out of state?

If you need medical care when traveling, call us toll-free at **1-877-451-5598** and we will help to find a doctor.

If you need emergency services while traveling, go to a nearby hospital, and then call us toll-free at **1-877-451-5598**.

What if I get sick when I am out of the country?

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

What is a referral?

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

What services do not need a referral?

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

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

What is post-stabilization?

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

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

Health Education

What Health Education classes does Driscoll Health Plan offer?

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

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

You can get this information from the:

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

Health Education Text Messages

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

Other Driscoll Health Plan Services and Education for Pregnant Members

**Get Ready for Baby
Educational Baby Showers**

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

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

The Get Ready for Baby Program also offers:

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

For a listing of our baby showers and parenting classes, please visit:

driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby

Zika Virus

What is the Zika Virus?

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

Where is the Zika Virus?

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

Who is at risk?

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

What are the symptoms?

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

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

How can I protect myself from the Zika Virus?

At this time, no vaccine exists to prevent the Zika virus, but there are ways to protect yourself. All pregnant women should apply mosquito spray or lotion while pregnant. Mosquito spray or lotion is safe when applied properly and is safe for the fetus. Always read the instructions on the label before using. Wearing protective clothing can help as well. In addition, because the Zika virus can be sexually transmitted, it is recommended that all pregnant women in these affected areas also have their partners wear condoms.

How can I get mosquito spray/lotion?

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

Breast Pumps

Why would you need a breast pump?

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

How do I get a breast pump?

No Approval Needed If:

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

Approval Needed If:

- Your doctor gives you a prescription for an electric or hospital-grade breast pump that costs more than \$300.
- You had more than one breast pump per pregnancy or within three years, whichever is greater.
- Your doctor will have to get approval from Driscoll Health Plan.

Where can I get a breast pump?

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

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

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

CHIP Perinate Member Services: 1-877-451-5598

Help After Pregnancy

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

Postpartum Visits

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

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

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

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

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

Other Preventative Care Programs

DSHS Primary Health Care Services Program

The DSHS Primary Health Care Services Program helps women, children, and men get primary health care. Texas residents can get these services if they cannot get other programs or benefits that provide the same services. To get services through this

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

program, a person's income must be at or below the program's income limits (200 percent of the federal poverty guideline). A person approved for services may have to pay a co-payment, but no one is turned down for services because of a lack of money.

Primary Health Care focuses on the prevention of disease, early detection, and early intervention of health problems. The main services provided are:

- Health education
- Emergency services
- Family planning services
- Diagnosis and treatment
- Diagnostic testing, including X-rays and lab services
- Preventive health services, including vaccines (immunizations)

Applications and eligibility forms are available at clinic sites or speak with staff by phone or in person to determine if you qualify for services. In certain cases, services are available the same day you apply.

Search for Primary Health Care providers online at 211texas.org or call 2-1-1 and ask for the nearest provider.

To learn more about services you can get through the Primary Health Care Program call, email, or visit the program's website at:

Toll-free Number: 1-877-541-7905 or 2-1-1

Email: PrimaryHealthCare@hhs.texas.gov

Website: hhs.texas.gov/services/health/primary-health-care-services-program

Healthy Texas Women

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

- HTW provides health and family planning services to women 18-44 at no cost.

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

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

Healthy Texas Women

P.O. Box 149021

Austin, TX 78714-9021

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

Fax Number: 1-866-993-9971

Website: healthytexaswomen.org

Special Services

Interpreter Services

Can someone interpret for me when I talk with my Perinatal Provider?

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

Who do I call for an interpreter?

Call your doctor's office for help.

How far in advance do I need to call?

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

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

The interpreter your doctor's office arranges for you can be someone that comes to the office. Contact

your doctor at least 48 hours in advance to make these arrangements.

Benefits and Service

References to “you,” “my,” or “I” apply if you are a CHIP Member. References to “my child” apply if your child is a CHIP Member or a CHIP Perinatal Unborn Child Member.

CHIP Perinatal Program coverage starts the first day of the month your unborn child joins the program. Coverage lasts for 12 months if the family's income is above 198% of the federal poverty level but below 202% of the federal poverty level. For example, if your baby joins when you are three months pregnant and the child is born six months later, your baby will have six months of prenatal care, and six months of full CHIP coverage upon delivery. If the family's income is at or below 198% of the federal poverty level, your baby will get 12 months of continuous Medicaid coverage beginning at birth.

Covered services for newborns can be found in either the CHIP Member Handbook or the Medicaid/STAR Member Handbook. This handbook will be mailed to you once your baby is born.

What are the CHIP Perinatal Program benefits?

Benefits and services for Pregnant Members are limited to prenatal and postpartum care, labor, and delivery of the child. Below is a listing of the benefits for Pregnant Members.

How do I get these services?

Call Member Services at **1-877-451-5598**. We will be happy to explain how to use your unborn child's CHIP Perinatal Program benefits.

Are there any limits on any covered services?

For any limits to any services, see the list of covered services in the benefits table on pages 18-23.

What if I have other children in CHIP?

If your other children are in the CHIP Program, they will remain in the CHIP Program, but they will be placed in the same health plan as your CHIP Perinatal Program coverage. Co-payments, cost sharing, and enrollment fees still apply for your children who are in the CHIP Program.

Can my newborn be covered by Medicaid?

An unborn child who is enrolled in the CHIP Perinatal Program will be moved to Medicaid for 12 months of continuous Medicaid coverage, beginning on the date of birth, if your family has an income at or below 198% of the federal poverty level. For a family that has an income of 199% to 202% of the federal poverty level, the child will stay in CHIP after birth for 12 months of continuous CHIP coverage.

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Benefits Table

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

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
Inpatient General Acute and Inpatient Rehabilitation Hospital Services	<p>Services include but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operating, recovery, and other treatment rooms • Anesthesia and administration (facility technical component) • Medically necessary surgical services are limited to services that directly relate to the delivery of the unborn child, and services related to miscarriage or non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). • Inpatient services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) are a covered benefit. Inpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilation and curettage (D&C) procedures ○ Appropriate provider-administered medications ○ Ultrasounds ○ Histological examination of tissue samples 	<p>For CHIP Perinates in families with incomes at or below the Medicaid eligibility threshold (Perinates who qualify for Medicaid once born), the facility charges are not a covered benefit; however, professional services charges associated with labor with delivery are a covered benefit.</p> <p>For CHIP Perinates in families with income above the Medicaid eligibility threshold (Perinates who do not qualify for Medicaid once born), benefits are limited to professional service charges and facility charges associated with labor with delivery until birth, and services related to miscarriage or a non-viable pregnancy.</p>
Outpatient Hospital, Comprehensive Outpatient Rehabilitation Hospital, Clinic (Including Health Center), and Ambulatory Health Care Center	<p>Services include the following services provided in a hospital clinic or emergency room, a clinic or health center, hospital-based emergency department, or an ambulatory health care setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • X-ray, imaging, and radiological tests (technical component) • Laboratory and pathology services (technical component) • Machine diagnostic tests • Drugs, medications, and biologicals that are medically necessary prescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratory and radiological services are limited to services that directly relate to ante partum care and the delivery of the covered CHIP Perinate until birth. • Ultrasound of the pregnant uterus is a covered benefit when medically indicated. Ultrasound may be indicated for suspected genetic defects, high-risk pregnancy, fetal

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
	<p>and injection drugs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgical services associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) are a covered benefit. • Outpatient services associated with a miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). • Outpatient services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilation and curettage (D&C) procedures ○ Appropriate provider-administered medications ○ Ultrasounds ○ Histological examination of tissue samples 	<p>growth retardation, gestational age confirmation or miscarriage, or non- viable pregnancy.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amniocentesis, Cordocentesis, Fetal Intrauterine Transfusion (FIUT) and Ultrasonic Guidance for Cordocentesis, FIUT are covered benefits with an appropriate diagnosis. • Laboratory tests are limited to: non-stress testing, contraction, stress testing, hemoglobin or hematocrit repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; or complete blood count (CBC), urinalysis for protein and glucose every visit, blood type and Rh antibody screen; repeat antibody screen for RH negative women at 28 weeks followed by Rho immune globulin administration, if indicated; rubella antibody titer, serology for syphilis, hepatitis B surface antigen, cervical cytology, pregnancy test, gonorrhea test, urine culture, sickle cell test, tuberculosis (TB) test, human immunodeficiency virus (HIV) antibody screen, Chlamydia test, other laboratory tests not specified but deemed medically necessary, and multiple marker screens for neural tube defects (if the client initiates care between 16 and 20 weeks); screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; other lab tests as indicated by medical condition of client.

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
<p>Doctor / Doctor Extender Professional Services</p>	<p>Services include, but are not limited to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medically necessary physician services are limited to prenatal and postpartum care and the delivery of the covered unborn child until birth • Physician office visits, in-patient, and out-patient services • Laboratory, x-rays, imaging, and pathology services including technical component and/or professional interpretation • Medically necessary medications, biologicals, and materials administered in Physician’s office • Professional component (in/outpatient) of surgical services, including: <ul style="list-style-type: none"> ○ Surgeons and assistant surgeons for surgical procedures directly related to the labor with deliver of the covered unborn child until birth ○ Administration of anesthesia by Physician (other than surgeon) or CRNA ○ Invasive diagnostic procedures directly related to the labor with delivery of the unborn child ○ Surgical services associated with miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero.) • Hospital-based Physician services (including Physician performed technical and interpretive components) • Professional component of the ultrasound of the pregnant uterus when medically indicated for suspected genetic defects, high-risk pregnancy, fetal growth retardation, or gestational age confirmation • Professional component of Amniocentesis, Cordocentesis, Fetal Intrauterine Transfusion (FIUT) and 	

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
	<p>Ultrasonic Guidance for Amniocentesis, Cordocentesis, and FIUT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professional component associated with (a) miscarriage or (b) a non-viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero). Professional services associated with miscarriage or non-viable pregnancy include, but are not limited to: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dilation and curettage (D&C) procedures ○ Appropriate provider-administered medications ○ Ultrasound ○ Histological Examination of tissue samples 	
<p>Prenatal Care and Pre-Pregnancy Family Services and Supplies</p>	<p>Services are limited to an initial visit and subsequent prenatal (ante partum) care visits that include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • One visit every 4 weeks for the first 28 weeks of pregnancy • One visit every 2- 3 weeks from 28- 36 weeks of pregnancy; and • One visit per week from 36 weeks to delivery. <p>More frequent visits are allowed as medically necessary.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visits after the initial visit must include: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interim history (problems, marital status, fetal status) ○ Physical examination (weight, blood pressure, fundal height, fetal position and size, fetal heart rate, extremities) ○ Laboratory tests (urinalysis for protein and glucose every visit; hematocrit or hemoglobin repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; multiple marker screen for fetal abnormalities offered at 16-20 weeks of pregnancy; repeat antibody screen for Rh 	<p>Limit of 20 prenatal visits and 2 postpartum visits (maximum within 60 days) without documentation of a complication of pregnancy. More frequent visits may be necessary for high-risk pregnancies. High-risk prenatal visits are not limited to 20 visits per pregnancy. Documentation supporting medical necessity must be maintained in the physician’s files and is subject to retrospective review.</p>

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
	<p>negative women at 28 weeks followed by Rho immune globulin administration if indicated; screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; and other lab tests as indicated by medical condition of client).</p>	
<p>Birth Center Services</p>	<p>Covers birthing services provided by a licensed birthing center.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limited to facility services related to labor and delivery. • Applies only to CHIP Perinate Members (unborn child) with income above the Medicaid threshold (who will not qualify for Medicaid once born).
<p>Services rendered by a Certified Nurse Midwife or Physician in a licensed birthing center</p>	<p>Covers prenatal and birthing services rendered in a licensed birthing center.</p> <p>More frequent visits are allowed as Medically Necessary.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visits after the initial visit must include: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interim history (problems, marital status, fetal status) ○ Physical examination (weight, blood pressure, fundal height, fetal position and size, fetal heart rate, extremities) ○ Laboratory tests (urinalysis for protein and glucose every visit; hematocrit or hemoglobin repeated once a trimester and at 32-36 weeks of pregnancy; multiple marker screen for fetal abnormalities offered at 16-20 weeks of pregnancy; repeat antibody screen for Rh negative women at 28 weeks followed by Rho immune globulin administration if indicated; screen for gestational diabetes at 24-28 weeks of pregnancy; and other lab tests as indicated by medical condition of client). 	<p>Prenatal services are subject to the following limitations.</p> <p>Services are limited to an initial visit and subsequent prenatal (ante partum) care visits that include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • One visit every 4 weeks for the first 28 weeks of pregnancy; • One visit every 2 to 3 weeks from 28 to 36 weeks of pregnancy; and • One visit per week from 36 weeks to delivery. <p>Benefits are limited to:</p> <p>Limit of 20 prenatal visits and 2 postpartum visits (maximum within 60 days) without documentation of a complication of pregnancy. More frequent visits may be necessary for high-risk pregnancies. High-risk prenatal visits are not limited to 20 visits per pregnancy.</p> <p>Documentation supporting Medical Necessity must be maintained and is subject to retrospective review.</p>

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Type of Benefit	Description of Benefit	Limitations
<p>Emergency Services, including Emergency Hospitals, Doctors, and Ambulance Services</p>	<p>Driscoll Health Plan cannot require authorization as a condition for payment for emergency conditions or labor and delivery.</p> <p>Covered services are limited to those emergency services that are directly related to the delivery of the unborn child until birth.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergency services based on prudent layperson definition of emergency health condition • Medical screening examination to determine emergency when related to the delivery of the covered unborn child. • Stabilization services related to the labor and delivery of the covered unborn child • Emergency ground, air, and water transportation for labor and threatened labor is a covered benefit • Emergency ground, air, and water transportation for an emergency associated (a) miscarriage or (b) a non- viable pregnancy (molar pregnancy, ectopic pregnancy, or a fetus that expired in utero) is a covered benefit 	<p>Post-delivery services or complications resulting in the need for emergency services for the mother of the CHIP Perinate are not a covered benefit.</p>
<p>Drug Benefits</p>	<p>Services include, but are not limited to, the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outpatient drugs and biologicals; including pharmacy-dispensed and provider-administered outpatient drugs and biologicals; and • Drugs and biologicals are provided in an inpatient setting. 	<p>Services must be medically necessary for the unborn child.</p>

Extra Benefits

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

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

What is a Value-Added Service?

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

How can I get these benefits for my unborn child?

For questions on how to get these services, contact Member Services at **1-877-451-5598**.

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

Value-Added Services		
Type of Benefit	Description of Benefit	Restrictions or Limitations
Asthma	\$20 gift card after five months of continuous asthma controller medication refills.	<ul style="list-style-type: none"> • Must meet medical criteria • Refills must be continuous
	A set of hypoallergenic pillow and bed covers.	<ul style="list-style-type: none"> • Must meet medical criteria • One set per member, per year
Transportation	Rides to any local health-related visit or appointment. Includes: <ul style="list-style-type: none"> • Doctor appointments • Therapy appointments • Specialty appointments • Social Security Administration office • DHP sponsored events 	<ul style="list-style-type: none"> • Must be within the Nueces service area • Must be within 25-mile radius, or upon approval • Request for a ride must be made two days prior to the visit • Up to 5 riders including DHP member and parent or attendant • Visits outside of Driscoll network or service area will require prior authorization by DHP
Health and Wellness	Lice removal treatment	<ul style="list-style-type: none"> • Up to three visits per year • PCP referral is required • Participating clinics only • May treat family members if DHP member qualifies for treatment
Help for members with Diabetes	Resistance bands	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 7 and older • Member must meet medical criteria • Member must be enrolled in case management • One set per member, per year
Behavioral Health	Up to \$60 in gift cards for completing a Triple P session.	<ul style="list-style-type: none"> • One \$20 gift card per class, up to three gift cards per family • Must be enrolled in Triple P session

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

		<ul style="list-style-type: none"> • Must complete each Triple P class • Must complete one age group per level • Limited to two different levels
	\$25 gift card for completing a mental health follow-up.	<ul style="list-style-type: none"> • Ages 6 years and older • Follow-up must be with a mental health practitioner • Must be within 7 days of discharge from an in-patient mental health hospital
Gift Programs	Up to \$75 in gift cards for completing a DHP or Case Management educational program.	<i>Classes may be available in person or virtual</i> <ul style="list-style-type: none"> • Must be registered for classes • Must not be related to any other VAS
	\$25 gift card when you get a COVID-19 vaccine.	<ul style="list-style-type: none"> • Up to two gift cards per year • Must submit a copy of the vaccination card
	\$20 gift card for completing a Kids in Safety Seats class.	<ul style="list-style-type: none"> • Must complete a Child Passenger Safety class • One gift card per family
	Menstrual cycle kit	<ul style="list-style-type: none"> • Up to three kits per year • Member must request kit
Extra help for Pregnant Members For a listing of our baby showers and parenting classes, visit: driscollhealthplan.com/get-ready-for-baby <i>Classes may be available at select locations, in person, or virtual.</i>	\$100 gift card for completing a DHP Get Ready for Baby educational baby shower.	One gift card per member, per pregnancy
	\$25 gift card for completing a prenatal checkup.	<ul style="list-style-type: none"> • Must be within the first trimester or within 42 days of joining DHP • One gift card per member, per pregnancy
	\$20 gift card for completing a Pregnancy Health Risk Assessment (HRA).	<ul style="list-style-type: none"> • Must be a new pregnant member • Must complete the Pregnancy HRA
	One year membership of SHIPT grocery delivery service for high-risk pregnant members.	Must be identified as having a high-risk pregnancy
	Nutritional counseling with a nutritionist.	<ul style="list-style-type: none"> • Must not qualify for other nutritional counseling programs • Must be a pregnant member
	Parenting class available to moms.	Must attend a class within 120 days of delivery
Dental Care	Up to \$500 in dental care services. Includes: <ul style="list-style-type: none"> • Dental exam • Fillings 	Ages 19 and older

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

	<ul style="list-style-type: none"> • X-rays • Two teeth cleanings • Extractions • Fluoride treatment • Gum treatment 	
Over-the-Counter Benefits	Up to 20% discount on over-the-counter items at the Driscoll Children's Hospital Pharmacy.	<ul style="list-style-type: none"> • Must show your DHP member ID card • CHIP covered benefits are not included
Nurse Advice Line	24-hour Nurse Advice Line available 24 hours 7 days a week.	

Exclusions

What services are not covered by the CHIP Perinatal Program?

The CHIP Perinatal Program has limited covered benefits for Pregnant Members. Some health care services are not covered. DHP or your Perinatal Provider will try to help you get care within your community for services that are not covered by the CHIP Perinatal Program for Pregnant Members. You can call DHP Member Services for help at **1-877-451-5598**.

The benefit exclusions for CHIP Perinate Pregnant Members are:

- For CHIP Perinates in families with income at or below the Medicaid eligibility threshold (Perinates who qualify for Medicaid once born), inpatient facility charges are not a covered benefit if associated with the initial Perinatal Newborn admission. "Initial Perinatal Newborn admission" means the hospitalization associated with the birth
- Contraceptive medications prescribed only for the purpose of primary and preventive reproductive health care (i.e., cannot be prescribed for family planning)
- Inpatient and outpatient treatments other than prenatal care, labor with delivery, services related to (a) miscarriage and (b) a non-viable pregnancy, and postpartum care related to the covered unborn child until birth. Inpatient mental health services
- Inpatient mental health services
- Outpatient mental health services
- Durable medical equipment or other medically related remedial devices
- Disposable medical supplies, with the exception of a limited set of disposable medical supplies, when they are obtained from an authorized pharmacy provider
- Home and community-based health care services
- Nursing care services
- Dental services
- Inpatient substance abuse treatment services and residential substance abuse treatment services
- Outpatient substance abuse treatment services

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

- Physical therapy, occupational therapy, and services for people with speech, hearing, and language disorders
- Hospice care
- Skilled nursing facility and rehabilitation hospital services
- Emergency services other than those directly related to the labor with delivery of the covered unborn child
- Transplant services
- Tobacco cessation programs
- Chiropractic services
- Medical transportation not directly related to labor or threatened labor, miscarriage or non-viable pregnancy, or delivery of the covered unborn child
- Personal comfort items including but not limited to personal care kits provided on inpatient admission, phone, television, newborn infant photographs, meals for guests of Member, and other articles which are not needed for the specific treatment related to labor with delivery or postpartum care
- Experimental or investigational medical, surgical, or other health care procedures or services which are not generally employed or recognized within the medical community
- Treatment or evaluations needed by third parties including, but not limited to, those for schools, employment, flight clearance, camps, insurance, or court
- Private duty nursing services when performed on an inpatient basis or in a skilled nursing facility
- Coverage while traveling outside of the United States and U.S. Territories (including Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam, and American Samoa)
- Mechanical organ replacement devices including, but not limited to artificial heart
- Hospital services and supplies when confinement is solely for diagnostic testing purposes and not a part of labor with delivery
- Prostate and mammography screening
- Elective surgery to correct vision
- Gastric procedures for weight loss
- Cosmetic surgery/services solely for cosmetic purposes
- Out-of-network services not authorized by the Health Plan except for emergency care related to the labor with delivery of the covered unborn child and services provided by an FQHC (Federally Qualified Health Center)
- Services, supplies, meal replacements, or supplements provided for weight control or the treatment of obesity
- Medications prescribed for weight loss or gain
- Acupuncture services, naturopathy, and hypnotherapy
- Immunizations solely for foreign travel
- Routine foot care such as hygienic care
- Diagnosis and treatment of weak, strained, or flat feet and the cutting or removal of corns, calluses, and toenails (this does not apply to the removal of nail roots or surgical treatment of conditions underlying corns, calluses, or ingrown toenails)

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

- Corrective orthopedic shoes
- Convenience items
- Over-the-counter medications
- Orthotics primarily used for athletic or recreational purposes
- Custodial care (care that assists with the activities of daily living, such as assistance in walking, getting in and out of bed, bathing, dressing, feeding, toileting, special diet preparation, and medication supervision that is usually self-administered or provided by a caregiver. This care does not require the continuing attention of trained medical or paramedical personnel.)
- Housekeeping
- Public facility services and care for conditions that federal, state, or local law requires be provided in a public facility or care provided while in the custody of legal authorities
- Services or supplies received from a nurse, which do not require the skill and training of a nurse.
- Vision training, vision therapy, or vision services
- Reimbursement for school-based physical therapy, occupational therapy, or speech therapy services are not covered
- Donor non-medical expenses
- Charges incurred as a donor of an organ

Costs of Your DHP CHIP Perinate Insurance

What are co-payments?

A co-payment is when you have to pay a part of the bill each time your child needs health care services.

How much do I have to pay for my unborn child's health care under the CHIP Perinatal Program?

CHIP Perinate Members do not have any cost-sharing responsibilities so there are no co-payments or deductibles for you to pay.

What if I need services that are not covered by the CHIP Perinatal Program?

Only those services that are listed in this Member Handbook are paid for by the DHP CHIP Perinatal Program.

Will I have to pay for services that are not covered benefits?

You might have to pay for services that are not covered by the CHIP Perinatal Program.

Health Care and Other Services Offered

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

Pharmacy and Prescriptions

How do I get my medications?

You can go to any pharmacy that is part of the DHP network. To find the closest pharmacy, call Member Services at **1-877-451-5598**.

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

There are no co-payments for prescriptions for the CHIP Perinatal Program. In most cases, you cannot get more than a 34-day supply. The CHIP Perinatal prescription drug benefit does not cover:

- Over-the-counter medications
- Birth control medications prescribed only for birth control purposes
- Nutritional products
- Medications that must be given in a doctor's office or health care facility

Who do I call if I have problems getting my prescriptions?

Call Member Services at **1-877-451-5598** if you need help finding a pharmacy or need help getting your prescription.

What are my unborn child's prescription drug benefits?

Prescription drugs are covered for pregnant women in the CHIP Perinatal Program.

How do I find a network pharmacy?

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

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

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

What do I bring with me to the pharmacy?

You will need to bring your Driscoll Health Plan ID card with you to the pharmacy.

What if I need my medications delivered to me?

Please call Member Services if you need to have your medications delivered to your home. We will give you the number of a pharmacy that will deliver to you.

Who do I call if I have problems getting my medications?

Please contact Member Services with any problems getting your medications.

What if I cannot get the medication my doctor ordered approved?

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

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

What if I lose my medication?

You should keep your medications in a safe place. If you lose your medications, call Member Services. We will work with your doctor and pharmacy to help you get a replacement.

What if I need an over-the-counter medication?

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

What if I need more than 34 days of a prescribed medication?

The pharmacy can only give you an amount of medication that you need for the next 34 days. For any other questions, please call Driscoll Health Plan at **1-877-451-5598**.

Changing Health Plans

If you meet certain income requirements, your baby will:

- be moved to Medicaid and get 12 months of continuous Medicaid coverage from date of birth, or
- continue to receive services through the CHIP Program if you meet the CHIP Perinatal requirements. Your baby will get 12 months

of continuous CHIP Perinatal coverage through his or her health plan, beginning with the month of enrollment as an unborn child.

What if I want to change health plans?

- Once you pick a health plan for your unborn child, the child must stay in this health plan until the child’s CHIP Perinatal coverage ends. The 12-month CHIP Perinatal coverage begins when your unborn child is enrolled in CHIP Perinatal and continues after your child is born.
- If you do not pick a health plan within 15 days of getting the enrollment packet, HHSC will pick a plan for your unborn child and send you the information for that health plan. If HHSC picks a health plan for your unborn child, you will have 90 days from your effective date of coverage to pick another health plan if you are not happy with the plan HHSC chooses.
- The children must remain with the same health plan until the end of the CHIP Perinatal Member’s enrollment period, or at the end of the other children’s enrollment period, whichever happens last. At that point, you can pick a different health plan for your children.
- You can ask to change health plans:
 - for any reason within 90 days of enrollment in CHIP Perinatal;
 - if you move into a different service delivery area; and
 - for a cause at any time.

Who do I call?

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

How many times can I change health plans?

You can change health plans:

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

- for any reason within 90 days of enrollment in CHIP Perinatal; and
- for a cause at any time.

When will my health plan change become effective?

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

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

There is no limit on how many times you can change your or your child's primary care provider. You can change primary care providers by calling us toll-free at **1-877-451-5598** or writing to:

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

When will my health plan change become effective?

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

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

Yes. Driscoll Health Plan may ask that you be taken out of our health plan for "good cause."

Good cause could be:

1. Fraud or abuse by a Member
2. Threats of physical acts leading to harming DHP staff or providers
3. Theft
4. Refusal to go by the DHP policies and procedures, like:
 - a. Letting someone use your CHIP ID card
 - b. Missing appointments to your provider over and over

- c. Being rude or acting out against a provider or a DHP staff member
- d. Using a doctor that is not a DHP provider over and over

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

Other Important Information

What do I have to do if I move?

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

What if I get a bill from a Provider?

In the CHIP Perinatal Program, there are no co-payments and no deductibles for Members to pay out-of-pocket. All covered services should be paid by DHP directly to your provider.

Who do I call?

If you get a bill from your provider, please call DHP Member Services at **1-877-451-5598**. We will contact the provider's office and help explain your benefits.

What information will they need?

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

Mental Health Parity and Addiction Equity Act

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

Complaints

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

Complaint Process

What should I do if I have a complaint?

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

Driscoll Health Plan Complaint Procedures

You or someone acting on your behalf, and health care providers may file a written or oral complaint. Use the phone number and address referenced below to file your oral or written complaint.

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Toll-free Number: 1-877-451-5598

Fax Number: 361-808-2725

Who do I call?

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

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

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

What are the requirements and timeframes for filing a complaint?

You can make your complaint verbally or in writing. We will mail you a letter to let you know we received the complaint. We will send this letter within five business days of receiving your complaint. We will send you a form with the letter to complete and mail to us. This form will give us more details about your complaint but is not required. We will review it and notify you in writing within 30 days of the outcome. All complaints are reviewed to make sure that there is a follow-up. They are also reviewed to make sure that timely answers are given.

How long will it take to process my complaint?

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

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

If you are not satisfied with the answer to your complaint, you can also contact the Texas Department of Insurance. You can call the number below or to make your request in writing send it to:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 12030
Austin, Texas 78711-2030
Toll-free Number: 1-800-252-3439

Fax Number: 512-490-1007

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

tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html

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

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

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

Appeals

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

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

How will I find out if services are denied?

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

What are the timeframes for the Appeal Process?

- You can file an appeal within 60 days from the day you get the denial letter.
- We will send you a letter within 5 working days after getting your appeal.
- We will complete the review within 30 days.
- You have the right to ask for an independent/external review.

How do I submit an appeal?

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

Can someone from DHP help me file an Appeal?

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

Specialty Appeals

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

is being reviewed. The specialty appeal will be completed, and we will send our written decision within 15 working days of receipt of the request for the specialty appeal.

Expedited MCO Appeal

What is an Expedited Appeal?

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

How do I ask for an Expedited Appeal?

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

Who can help me file an Expedited Appeal?

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

Does my request have to be in writing?

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

What are the timeframes for an Expedited Appeal?

Your request will be reviewed and a verbal response will be given to you and your doctor within one day of asking for the appeal. We will send you a letter within 72 hours with the response. This letter will either approve or deny the request for an Expedited Appeal.

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

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

Independent/External Review Process

What is an Independent/External Review?

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

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

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

How do I ask for an Independent/External Review?

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

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

You may also ask for a review online. To complete a request form online please visit:

externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/requestReview
[Online](#)

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

externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/forms

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

What are the timeframes for this process?

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

What if I need an Appeal decision quickly?

If your child is in the hospital or needs an appeal decision quickly because of his or her condition, you do not need to go through the regular process. You may ask for an expedited external review. Maximus will make a decision about your child's care as quickly as medical circumstances require, but no later than within 72 hours of receiving the request. Maximus will give a verbal decision. You will also receive a letter with the Maximus decision within 48

hours of the verbal notice. DHP will follow the final Maximus decision.

Report Waste, Abuse, and Fraud

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

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

For example, tell us if you think someone is:

- Getting paid for CHIP services that weren't given or necessary
- Not telling the truth about a medical condition to get medical treatment
- Letting someone else use a CHIP ID card
- Using someone else's CHIP ID card
- Not telling the truth about the amount of money or resources he or she has to get benefits

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

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

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

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

- Name, address, and phone number of provider

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

When reporting about someone who gets benefits, include:

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

Managed Care Terminology

Appeal - A request for your managed care organization to review a denial or a grievance.

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

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

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

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

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

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

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

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

Grievance - A complaint to your health insurer or plan.

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

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

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

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

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

Hospital Outpatient Care - Care in a hospital that usually doesn't require an overnight stay.

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

other providers, your health insurer can contract to pay a non-participating provider.

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

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

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

Pre-authorization - A decision by your health insurer or plan that a health care service, treatment plan, prescription drug, or durable medical equipment that you or your provider has requested, is medically necessary. This decision or approval, sometimes called prior authorization, prior approval, or pre-certification must be obtained before receiving the requested service. Pre-authorization is not a promise your health insurance or plan will cover the cost.

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

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

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

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

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

Provider - A physician (M.D. - Medical Doctor or D.O. - Doctor of Osteopathic Medicine), health care

professional, or health care facility licensed, certified, or accredited as required by state law.

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

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

Information That is Available to Members Once a Year

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

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

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

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

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

Member Rights

1. You have a right to get accurate, easy-to-understand information to help you make good choices about your unborn child's health plan, doctors, hospitals, and other providers.
2. You have a right to know how the Perinatal Providers are paid. Some may get a fixed payment no matter how often you visit. Others are paid based on the services they provide for your unborn child. You have a right to know about what those payments are and how they work.
3. You have a right to know how the health plan decides whether a perinatal service is covered or medically necessary. You have the right to know about the people in the health plan who decide those things.
4. You have a right to know the names of the hospitals and other Perinatal Providers in the health plan and their addresses.
5. You have a right to pick from a list of health care providers that is large enough so that your unborn child can get the right kind of care when it is needed.
6. You have a right to emergency perinatal services if you reasonably believe your unborn child's life is in danger, or that your unborn child would be seriously hurt without getting treated right away. Coverage of such emergencies is available without first checking with the health plan.
7. You have the right and responsibility to take part in all the choices about your unborn child's health care.
8. You have the right to speak for your unborn child in all treatment choices.
9. You have the right to be treated fairly by the health plan, doctors, hospitals, and other providers.
10. You have the right to talk to your Perinatal Provider in private and to have your medical records kept private. You have the right to look over and copy your medical records and to ask for changes to those records.
11. You have the right to a fair and quick process for solving problems with the health plan and the plan's doctors, hospitals, and others who provide perinatal services for your unborn child. If the health plan says it will not pay for a covered perinatal service or benefit that your unborn child's doctor thinks is medically necessary, you have a right to have another group outside the health plan tell you if they think your doctor or the health plan was right.
12. You have a right to know that doctors, hospitals, and other Perinatal Providers can give you information about your or your unborn child's health status, medical care, or treatment. Your health plan cannot prevent them from giving you this information, even if the care or treatment is not a covered service.

Member Responsibilities

You and your health plan both have an interest in having your baby born healthy. You can help by assuming these responsibilities.

1. You must try to follow healthy habits. Stay away from tobacco and follow a healthy diet.
2. You must become involved in the doctor's decisions about your unborn child's care.
3. If you disagree with your health plan, you must first try to fix it using the health plan's complaint process.
4. You must learn about what your health plan does and does not cover. Read your CHIP Perinatal Program Member Handbook to know how the rules work.
5. You must try to get to the doctor's office on time. If you cannot keep the appointment, be sure to call and cancel it.
6. You must report misuse of CHIP Perinatal services by health care providers, other members, or health plans.
7. You must talk to your provider about your medications that are prescribed.

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

Discrimination is Against the Law

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

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

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

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

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

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

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

Driscoll Health Plan:

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

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

Proficiency of Language Assistance Services

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

Spanish

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

Vietnamese

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

Chinese

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

Korean

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

Arabic

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

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 ، می کنید 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 ກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີ ຄວາມກັບກຽມ ກັບ Laotian, ທ່ານ ມີ ສິດ ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອາດຈະມີ ມູນຄ່າ ຈາກ ສານ ທີ່ເປັນ ນາຍາຂອງທ່ານ ທີ່ບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລັມກັບນາຍາພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-324-7543.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

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

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

How We May Use and Disclose Information About You

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

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

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

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

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

SPECIAL SITUATIONS

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

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

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

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

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

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

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

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

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

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

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

YOUR RIGHTS

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

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

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

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

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

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

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

CHIP PERINATAL MEMBER HANDBOOK

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

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

Changes to This Notice

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

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

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

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, Texas 78415

Office Phone: 1-877-324-7543

Our Responsibilities

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

Changes to the Terms of this Notice

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

Contact Information

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

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

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

Sharing of Health Information

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



CHIP PERINATAL MANUAL PARA MIEMBROS NUECES

SEPTIEMBRE
2024

UN AFILIADO DE
DRISCOLL HEALTH SYSTEM

SERVICIOS PARA MIEMBROS

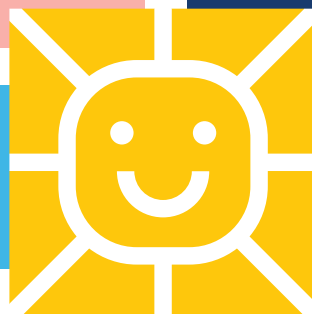
Llame sin cargo:

1-877-451-5598

TTY: 1-800-735-2989



driscollhealthplan.com





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

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

El Manual para miembros se revisa una vez al 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 del 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 problemas de audición 1-800-735-2989

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

Línea de asistencia 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

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 problemas de audición 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 ayudarlo con las dudas que tenga. También ofrecemos servicios especiales para personas que tienen dificultades para leer, escuchar, ver 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
Visitanos en driscollhealthplan.com

Índice

BIENVENIDO	6
COSAS IMPORTANTES QUE DEBE SABER	6
<i>Cosas que puede hacer para mantenerse saludable</i>	6
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBROS.....	7
<i>Cómo leer su tarjeta de identificación del programa CHIP Perinatal de Driscoll Health Plan</i>	7
<i>Usando su tarjeta de identificación de CHIP Perinate de DHP</i>	7
<i>Si pierde su tarjeta de identificación o se muda</i>	7
ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL.....	7
RENOVACIÓN DE COBERTURA DE CHIP PERINATAL.....	8
<i>¿Cuándo termina la cobertura del programa CHIP Perinatal?</i>	8
<i>¿Cómo se hace la renovación? ¿El estado me avisará cuando mi cobertura de CHIP Perinatal finalice?</i>	8
SERVICIOS PARA MIEMBROS	8
<i>¿Cómo puede ayudarle Servicios para Miembros?</i>	8
PORTAL PARA MIEMBROS	9
DESCARGUE LA APLICACIÓN MÓVIL DE DRISCOLL HEALTH SYSTEM	9
<i>¿Cómo lo consigo?</i>	9
<i>¿Necesita ayuda para descargar la aplicación?</i>	9
<i>¿Qué información puedo acceder?</i>	9
CÓMO ELEGIR A SU MÉDICO	9
<i>¿Qué es un proveedor de CHIP Perinatal?</i>	9
<i>¿Cómo elijo a un proveedor de CHIP Perinatal?</i>	10
<i>¿Cómo puedo cambiar de proveedor perinatal?</i>	10
<i>¿Necesito una referencia?</i>	10
<i>¿Qué tan pronto recibiré atención médica después de comunicarme con un proveedor de CHIP Perinatal para programar una cita?</i>	10
<i>¿Puedo atenderme con un proveedor de CHIP Perinatal que no trabaje con DHP?</i>	10
<i>¿Puede una clínica ser mi proveedor de CHIP Perinatal?</i>	10
ELECCIÓN DE UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA	10
<i>¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi hijo antes de que nazca? ¿Qué información necesitarán?</i>	10
<i>¿A quién debo llamar?</i>	10
<i>¿Puede una clínica ser el proveedor de atención primaria de mi bebé?</i>	10
<i>¿Puede un especialista ser el proveedor de atención primaria de mi hijo?</i>	11
<i>¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?</i>	11
<i>Plan de Incentivos para Doctores</i>	11
BENEFICIOS CUBIERTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS	11

<i>¿Qué significa médicamente necesario?</i>	11
CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA	12
<i>¿Qué es la atención médica de rutina?</i>	12
<i>¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?</i>	12
<i>¿Qué debo llevar a la cita con un proveedor perinatal?</i>	12
<i>¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de cuidado primario está cerrado?</i>	12
<i>¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora?</i>	13
CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA URGENTE Y DE EMERGENCIA	13
ATENCIÓN MÉDICA URGENTE	13
<i>¿Qué es la atención médica urgente?</i>	13
<i>¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?</i>	13
ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	13
<i>¿Qué es una emergencia y una condición médica de emergencia?</i>	13
<i>¿Qué son los servicios de emergencia y la atención médica de emergencia?</i>	13
<i>¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?</i>	14
<i>¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?</i>	14
<i>¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera del estado?</i>	14
<i>¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera del país?</i>	14
<i>¿Qué es una referencia médica?</i>	14
<i>¿Qué servicios no necesitan referido?</i>	14
<i>¿Qué es la posestabilización?</i>	14
CUIDARSE A SÍ MISMO Y A SU FAMILIA SALUD PREVENTIVA O AUTOGESTIÓN	15
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	15
<i>¿Qué clases de Educación para la Salud ofrece Driscoll Health Plan?</i>	15
<i>Los Mensajes de Texto de Educación para la Salud</i>	15
OTROS SERVICIOS Y EDUCACIÓN DE DRISCOLL HEALTH PLAN PARA MIEMBROS EMBARAZADAS	15
GET READY FOR BABY BABY SHOWER EDUCATIVOS.....	15
VIRUS DEL ZIKA	15
<i>¿Qué es el virus del Zika?</i>	15
<i>¿Dónde se encuentra el virus del Zika?</i>	15
<i>¿Quién está en riesgo?</i>	15
<i>¿Cuáles son los síntomas?</i>	16
<i>¿Cómo puedo protegerme del virus del Zika?</i>	16
<i>¿Cómo puedo obtener un spray/loción para mosquitos?</i>	16
EXTRACTOR DE LECHE	16
<i>¿Por qué necesita un extractor de leche?</i>	16
<i>¿Cómo conseguir un extractor de leche?</i>	16
<i>¿Dónde puedo obtener un extractor de leche?</i>	16
AYUDA DESPUÉS DEL EMBARAZO	17

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

<p>VISITAS POSPARTO17</p> <p>OTROS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PREVENTIVA17</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Programa de servicios de atención primaria de salud del DSHS</i>17</p> <p>HEALTHY TEXAS WOMEN18</p> <p>SERVICIOS ESPECIALES.....18</p> <p>SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN.....18</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Puedo contar con los servicios de un intérprete cuando hable con mi proveedor de cuidado perinatal?</i>.....18</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?</i>18</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Con cuánta anticipación debo llamar?</i>.....18</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cómo puedo contar con un intérprete en persona en el consultorio del proveedor?</i>.....18</p> <p>BENEFICIOS Y SERVICIOS.....18</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal?</i>.....19</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cómo obtengo estos servicios?</i>19</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?</i>19</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo hacer si tengo otros niños inscritos en CHIP?</i>.....19</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Puede mi bebé recién nacido tener cobertura de Medicaid?</i>19</p> <p>TABLA DE BENEFICIOS20</p> <p>BENEFICIOS ADICIONALES.....28</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro del Driscoll Health Plan?</i>.....28</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué es un servicio de valor añadido?</i>.....28</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cómo puedo obtener esos beneficios para mi niño por nacer?</i>28</p> <p>SERVICIOS DE VALOR AÑADIDO28</p> <p>EXCLUSIONES.....31</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué servicios no cubre el programa CHIP Perinatal?</i> ..31</p> <p>COSTOS DE SU SEGURO CHIP PERINATAL DE DHP.....34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué son los copagos?</i>.....34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuánto dinero tengo que pagar por la atención médica de mi hijo por nacer inscrito en el programa CHIP Perinatal?</i>34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo hacer si necesito servicios que no cubre el programa CHIP Perinatal?</i>.....34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Tendré que pagar por servicios que no son beneficios cubiertos?</i>.....34</p> <p>ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS OFRECIDOS34</p> <p>FARMACIA Y MEDICAMENTOS RECETADOS34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cómo obtengo mis medicamentos?</i>.....34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta?</i>34</p>	<p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta para mi bebé por nacer?</i>.....34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?</i>34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si voy a una farmacia que no pertenece a la red?</i>34</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo llevar a la farmacia?</i>35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si necesito que me envíen a casa mis medicamentos?</i>.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?</i>.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si no puedo obtener los medicamentos que mi médico me recetó?</i>.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si pierdo un medicamento?</i>.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué hago si yo necesito un medicamento sin receta?</i>35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si necesito más de 34 días de suministro de una medicación recetada?</i>.....35</p> <p>CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué ocurre si quiero cambiar mi plan de salud?</i>.....35</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién debo llamar?</i>36</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuántas veces puedo cambiar mi plan de salud?</i>36</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de plan de salud?</i>.....36</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?</i>36</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?</i>.....36</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Driscoll Health Plan puede pedir mi baja del plan de salud por incumplimiento, etc.?</i>.....36</p> <p>OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo hacer si debo mudarme?</i>37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo hacer si recibo una factura de un proveedor?</i>.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién debo llamar?</i>.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué información necesitarán?</i>.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Ley de paridad en salud mental y equidad en adicciones</i>37</p> <p>QUEJAS.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Proceso de quejas</i>37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Qué debo hacer si tengo una queja?</i>.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Procedimientos de queja del Driscoll Health Plan</i>.....37</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿A quién debo llamar?</i>.....38</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Puede un representante del Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?</i>.....38</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?</i>38</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Cuánto demorarán en atender mi queja?</i>.....38</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?</i>.....38</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>¿Tengo derecho a presentarme ante un Panel de Apelación de Quejas?</i>.....38</p>
---	---

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

APELACIONES.....	39	NUESTRAS RESPONSABILIDADES	56
¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio o medicamento cubierto, pero Driscoll Health Plan lo rechaza o lo limita?.....	39	COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD.....	56
¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?	39		
¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación? ..	39		
¿Cómo presento una apelación?.....	39		
¿Puede alguien de DHP ayudarme a presentar una apelación?.....	39		
APELACIÓN DE ESPECIALIDAD	39		
APELACIÓN DE MCO ACELERADA.....	39		
¿Qué es una apelación acelerada?.....	39		
¿Cómo solicito una apelación acelerada?.....	40		
¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?.....	40		
¿Es necesario que presente mi solicitud por escrito?....	40		
¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?.....	40		
¿Qué ocurre si DHP rechaza mi pedido de apelación acelerada?.....	40		
PROCESO DE INDEPENDIENTE/EXTERNO	40		
¿Qué es una revisión Independiente/Externa?.....	40		
¿Cómo solicito una Revisión Independiente/ Externa? .	40		
¿Cuáles son los plazos para este proceso?.....	41		
¿Y si necesito una decisión rápidamente?.....	41		
REPORTAR MALGASTO, ABUSO, Y FRAUDE	41		
¿Desea denunciar malgasto, abuso, o fraude?	41		
Para denunciar malgasto, abuso, o fraude, elija una de las siguientes opciones:.....	41		
Para denunciar malgasto, abuso, o fraude, reúna la mayor cantidad de información posible.....	41		
TERMINOLOGÍA DE ATENCIÓN ADMINISTRADA	42		
INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS UNA VEZ AL AÑO	45		
SOCIOS DEL DRISCOLL HEALTH PLAN QUE BRINDAN ATENCIÓN Y SERVICIOS	46		
DERECHOS DE LOS MIEMBROS	46		
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	47		
LA DISCRIMINACIÓN ESTÁ PROHIBIDA POR LA LEY.....	48		
DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS	50		
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	52		

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 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 a su proveedor de atención médica
- Cómo obtener cuidado de emergencia
- Cómo cuidar de usted mismo
- Beneficios
- Servicios de interpretación y de transporte
- 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 los servicios de asistencia con el idioma y ayudas auxiliares sin costo para usted, llame a Servicios para Miembros al **1-877-324-7543** (TTY: 1-800-735-2989). Los miembros o sus representantes legalmente autorizados pueden enviar su solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación.

Driscoll Health Plan
4525 Ayers St
Corpus Christi, Texas

También puede solicitar materiales para miembros visitando: driscollhealthplan.com

Cosas importantes que debe saber

Cosas que puede hacer para mantenerse saludable

Puede mantenerse saludable haciéndose controles de salud oportunos y visitando regularmente a su médico. Si trabajamos juntos, podemos mantener saludables y felices a usted y a su familia.

A continuación, enumeramos algunas cosas que puede hacer para mantenerse saludable:

- Establezca una buena relación con su médico. Usted y su médico deben trabajar en equipo.
- Su médico le ayudará a ocuparse de todas sus necesidades de cuidado de la salud durante el embarazo.
- Llame a su proveedor de CHIP Perinatal para programar sus citas. Dígame que usted es miembro del programa CHIP Perinatal de Driscoll Health Plan.
- Llame a su proveedor de CHIP Perinatal cuando necesite atención médica.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Concéntrese en la prevención:

Hágase sus controles de salud oportunamente.

- ✓ Los bebés recién nacidos deben ser revisados por un médico entre los **3-5 días posteriores a su nacimiento**.
- ✓ 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**.

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.

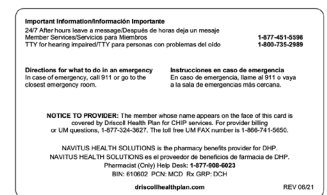
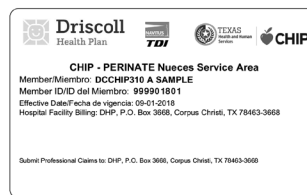
Llame a su médico para obtener atención que no sea de emergencia. Puede conseguirte la atención adecuada que necesitas. Solo visite la sala de emergencias para una emergencia.

Tarjeta de identificación de miembros

Luego de inscribirse al Driscoll Health Plan, usted recibirá una tarjeta de identificación de CHIP Perinatal. Asegúrese de que la información sea correcta. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**. Durante el embarazo, recibirá una tarjeta de identificación del programa CHIP Perinatal de Driscoll Health Plan para su futuro bebé. Después del parto, su bebé recién nacido recibirá una tarjeta de identificación del programa CHIP Perinatal de Driscoll Health Plan para Medicaid o para CHIP. Siempre su tarjeta de identificación con usted. Lleve su tarjeta de identificación con usted cuando vaya a una cita con su médico o a la farmacia.

Cómo leer su tarjeta de identificación del programa CHIP Perinatal de Driscoll Health Plan

El frente de la tarjeta de identificación del programa CHIP Perinatal del Driscoll Health Plan muestra datos importantes sobre usted. Incluye su nombre, su número de identificación del Driscoll Health Plan y los datos de cobertura de su futuro bebé. El reverso de la tarjeta muestra números de teléfono importantes para emergencias y Servicios para Miembros del Driscoll Health Plan. Un ejemplo de su tarjeta de identificación se muestra a continuación.



Usando su tarjeta de identificación de CHIP Perinate de DHP

Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de CHIP Perinatal de DHP. De esa manera, la tendrá a la mano en caso de emergencia. Además, muéstrele su tarjeta de identificación a su proveedor de CHIP Perinatal cuando vaya a una cita en su consultorio para que sepa que usted es Miembro de Driscoll Health Plan.

Si pierde su tarjeta de identificación o se muda

Si usted pierde su tarjeta de identificación del Driscoll Health Plan, llámenos de inmediato al **1-877-451-5598** para obtener una nueva. Si se muda o su número de teléfono cambia, llámenos para que podamos enviarle una nueva tarjeta. Siempre necesitamos tener su dirección y número de teléfono correctos.

Elegibilidad del programa CHIP Perinatal

La cobertura del programa CHIP Perinatal continúa luego del nacimiento de su bebé. Durante el proceso de inscripción, usted tendrá la oportunidad de elegir un plan de salud de CHIP Perinatal.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

ATENCIÓN: Si reúne los requisitos de ingresos de Medicaid, su bebé será cambiado a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de su nacimiento.

Si reúne los requisitos del programa CHIP Perinatal, su bebé continuará recibiendo 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, comenzando desde el mes de su inscripción como futuro bebé.

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. También puede visitar yourtexasbenefits.com para informar sobre esos cambios. 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 Perinatal

¿Cuándo termina la cobertura del programa CHIP Perinatal?

La cobertura del programa CHIP Perinatal para embarazadas inscritas en el plan continúa luego del nacimiento del bebé. Las nuevas mamás pueden hacer dos visitas de posparto dentro de las ocho semanas posteriores al nacimiento. La cobertura de CHIP Perinatal para los miembros recién nacidos termina después de 12 meses de cobertura.

¿Cómo se hace la renovación? ¿El estado me avisará cuando mi cobertura de CHIP Perinatal finalice?

A los 10 meses de cobertura de su bebé, usted recibirá un formulario de renovación de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños para su bebé. Deberá completarlo y enviarlo a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). HHSC decidirá si su bebé puede recibir los servicios de Medicaid o

el Programa de Seguro Médico para Niños una vez que su cobertura de CHIP Perinatal para recién nacidos finalice. Llame a Servicios para Miembros del Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598** para obtener ayuda sobre cómo completar su solicitud de renovación.

FORMAS DE RENOVAR Y OBTENER AYUDA

- **Sitio web:** Visite yourtexasbenefits.com
- **Teléfono:** Encontrará la aplicación “Your Texas Benefits” en la tienda de aplicaciones iOS para iPhone o en Google Play Store para teléfonos Android
- **Llame:** al 2-1-1 para pedir un paquete de renovación
- **Llame:** a Servicios para Miembros si necesita ayuda **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:

- Resolver dudas sobre beneficios y cobertura
- Cambiar su proveedor de cuidado primario
- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Enviarle por correo una tarjeta de identificación perdida
- Encontrar una solución a sus quejas e inquietudes

Portal para miembros

Como Miembro de Driscoll Health Plan, puede usar nuestro Portal para Miembros visitando:

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.

Descargue la aplicación móvil de Driscoll Health System

Driscoll Health Plan tiene una nueva aplicación móvil vinculada 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 al 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 a su médico

¿Qué es un proveedor de CHIP Perinatal?

Como miembro de DHP, usted podrá elegir un médico, llamado proveedor de CHIP Perinatal. Este proveedor de atención médica conocerá sus antecedentes médicos. Él le ayudará a obtener la atención que necesita para que su bebé recién nacido esté lo más saludable posible. Su proveedor de CHIP Perinatal le proporcionará cuidado prenatal. Además, su proveedor de CHIP Perinatal se encargará de hacer los arreglos para los exámenes médicos o tratamientos especiales que sean necesarios. Su proveedor de CHIP Perinatal es la primera persona a quien debe llamar cuando tenga dudas sobre su salud o la salud de su futuro bebé. Él le proveerá la atención que usted necesita o la referirá directamente a alguien que pueda ayudarla.

Excepto en casos de emergencia, siempre debe llamar a su proveedor de CHIP Perinatal antes de recibir servicios de cuidado de la salud. Puede comunicarse por teléfono con su proveedor de CHIP Perinatal u otro médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si visita a otro médico que no sea su proveedor de CHIP Perinatal, es posible que tenga que pagar la factura.

¿Cómo elijo a un proveedor de CHIP Perinatal?

Puede elegir un proveedor de CHIP Perinatal incluido en el Directorio de Proveedores de DHP o puede obtener ayuda para elegir un proveedor de CHIP Perinatal llamando a Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598**.

Si visita a un proveedor que no está en la red de DHP, posiblemente tendrá que pagar la factura.

¿Cómo puedo cambiar de proveedor perinatal?

Puede cambiar su Proveedor Perinatal llamando a Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**.

¿Necesito una referencia?

No necesita una referencia para ver a su proveedor de CHIP Perinatal.

¿Qué tan pronto recibiré atención médica después de comunicarme con un proveedor de CHIP Perinatal para programar una cita?

Podrá programar una cita para su cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas siguientes. Si usted tuvo problemas con sus embarazos anteriores o si ya lleva siete meses de embarazo o más, deberán darle una cita dentro de los cinco días posteriores a partir de su llamada.

¿Puedo atenderme con un proveedor de CHIP Perinatal que no trabaje con DHP?

Si faltan 16 semanas o menos hasta la fecha de parto estimada, usted puede seguir atendiéndose con su médico actual hasta después de su control de posparto, aunque su médico esté fuera de la red. De otra manera, deberá elegir un proveedor de CHIP Perinatal que esté dentro de la red de DHP.

¿Puede una clínica ser mi proveedor de CHIP Perinatal?

Su proveedor de CHIP Perinatal puede ser un médico, una clínica de salud, un centro de salud

con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC) que esté contratado por DHP para proporcionar servicios de salud durante el embarazo.

Elección de un proveedor de atención primaria

¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi hijo antes de que nazca? ¿Qué información necesitarán?

Usted deberá elegir un proveedor de atención primaria para su bebé recién nacido. Ese proveedor de atención primaria será el médico que se ocupará de todo el cuidado de la salud del bebé. Eso incluye todos los controles de salud e inyecciones (inmunizaciones). Si así lo desea, puede elegir el proveedor de atención primaria de su hijo antes de que nazca. Si es necesario, puede cambiar el proveedor de atención primaria de su bebé más adelante. Si no elige un proveedor de atención primaria para su bebé, DHP elegirá uno por usted.

¿A quién debo llamar?

Simplemente llame a Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598** y díganos el nombre y la dirección del proveedor de atención primaria que eligió del Directorio de Proveedores de DHP. Si usted no elige un proveedor de atención primaria para su bebé, DHP elegirá uno por usted.

¿Puede una clínica ser el proveedor de atención primaria de mi bebé?

Usted puede elegir a una clínica como proveedor de atención primaria de su bebé. Puede ser un centro de salud con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC). Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598**.

¿Puede un especialista ser el proveedor de atención primaria de mi hijo?

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. Si no se aprueba su solicitud, tiene derecho a apelar la decisión. 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 a la línea gratuita de Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598**.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos sin cargo al **1-877-451-5598** o escribiéndonos a:

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

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 Médicamente 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.

Beneficios cubiertos para mujeres embarazadas

El programa CHIP Perinatal está diseñado para proporcionar servicios prenatales a los niños por nacer de mujeres embarazadas de bajos ingresos que no califican para Medicaid. A diferencia de lo que ocurre con el programa CHIP, no hay un período de espera de 90 días antes de empezar a recibir la cobertura. Tampoco se le hará una evaluación de bienes antes de la inscripción. Los servicios cubiertos para las embarazadas inscritas en el plan de CHIP Perinatal deben ajustarse a la definición de "medicamente necesario" provista por el programa CHIP Perinatal.

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa:

- (1) Servicios de atención de la salud 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

- 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 y abuso de sustancias 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 de la madre del miembro o proveedor.

Cómo obtener atención médica de rutina

¿Qué es la atención médica de rutina?

La atención perinatal de rutina incluye la atención médica y los controles regulares realizados durante su embarazo por su proveedor de CHIP Perinatal. Durante una visita de rutina, su proveedor de CHIP Perinatal puede darle algún medicamento en caso de ser necesario.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Usted podrá programar una cita para atención médica 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 debo llevar a la cita con un proveedor perinatal?

- ✓ Su tarjeta de ID de miembro del Driscoll Health Plan
- ✓ Su lista de inquietudes sobre la atención médica
- ✓ Los medicamentos que esté tomando, incluidos los suplementos herbales
- ✓ Sus expedientes médicos, si usted es un paciente nuevo

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

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

contacto con el médico. El médico le devolverá la llamada dentro de los siguientes 30 minutos.

¿Cómo obtengo atención médica fuera de hora?

En caso de enfermedad repentina, puede ir a una clínica en la red que brinde atención fuera de hora o a un centro de atención de urgencias en la red. Si usted no está seguro de que deba ir a una clínica de atención fuera de hora o a un centro de urgencias, comuníquese con el consultorio de su médico.

Para obtener una lista de las Clínicas del Driscoll Children's Hospital y otras clínicas de atención urgente/horas después de horas, visite: [driscollhealthplan.com/after hours care](http://driscollhealthplan.com/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:

- Un ataque de asma de menor a moderado
- Dolores de oído, dolor de garganta, esguinces/distensiones musculares
- Una enfermedad leve con fiebre si un niño tiene más de dos meses de edad
- Una erupción cutánea debido a una picadura de insecto

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

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

Siempre debe llamar a su proveedor de CHIP Perinatal antes de ir a una sala de emergencias o ver a otro proveedor. Su proveedor de CHIP Perinatal le

hará saber si cree que usted debe ir a una sala de emergencias.

Atención médica de emergencia

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

Un miembro de CHIP Perinatal es un niño por nacer. La atención médica de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto y el nacimiento de su futuro bebé. La atención médica de emergencia se proporciona para las siguientes afecciones médicas de emergencia:

- exámenes de diagnóstico médico para determinar la emergencia cuando esté directamente relacionada con el parto del niño por nacer bajo cobertura;
- servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer cobertura;
- transporte de emergencia por tierra, aire y mar para el trabajo de parto y el trabajo de parto en peligro;
- transporte de emergencia por tierra, aire y mar para emergencias relacionadas con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que expire en el útero).

Límites del beneficio: Los servicios después del parto o complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre en el programa CHIP Perinatal no están cubiertos.

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

“Servicios de emergencia” o “Atención de emergencia” son servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

médico, entre ellos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

Si tiene una emergencia, vaya de inmediato a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

Ejemplos de cuándo ir a la sala de emergencias son cuándo alguien:

- Corre peligro de muerte
- Tiene dolores graves en el pecho
- No puede respirar o se está asfixiando
- Se desmayó o tiene un ataque epiléptico
- Ingerió veneno o una sobredosis de droga
- Sufre una fractura
- Está sangrando mucho
- Ha sido atacada (fue violada, apuñalada, golpeada o recibió un disparo)
- Está a punto de tener un bebé
- Tiene una herida grave en el brazo, la pierna, la mano, el pie o la cabeza
- Sufre quemaduras graves
- Sufre una reacción alérgica grave o es mordida por un animal
- Tiene dificultad para controlar su comportamiento y si no es tratada puede ser peligrosa para sí misma o para otras personas

Un resfrío, tos, una erupción, cortes pequeños, quemaduras o golpes leves no son buenas razones para ir a una sala de emergencias.

Si va a una sala de emergencias, asegúrese de llamar su proveedor de CHIP Perinatal dentro de las 24 horas siguientes o apenas se encuentre médicamente estable.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me 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 me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando de viaje, llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano y luego llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera del estado?

Si necesita atención médica estando de viaje, llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598** y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano y luego llame sin cargo a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera del país?

CHIP Perinate no cubre los servicios médicos prestados fuera del país.

¿Qué es una referencia médica?

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

¿Qué servicios no necesitan referido?

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

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

¿Qué es la posestabilización?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen estable

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

la condición del miembro después de recibir atención médica de emergencia.

Cuidarse a sí mismo y a su familia 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
- Well-Child chequeos
- 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 darse de baja en cualquier momento. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Otros servicios y educación de Driscoll Health Plan 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.
- Conocer los signos del parto prematuro y cuándo buscar ayuda.
- Qué esperar durante el trabajo de parto y el parto.

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 crianza, por favor visite:

driscollhealthplan.com/services/get-ready-for-baby

Virus del Zika

¿Qué es el virus del Zika?

El virus del Zika se contagia principalmente a través de la picadura de un mosquito infectado. Puede transmitirse de una madre embarazada a su hijo y por contacto sexual con una pareja masculina 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?

Durante el embarazo, el virus del Zika puede provocar defectos de nacimiento, incluso una afección cerebral poco frecuente en que la cabeza del bebé es más pequeña que lo normal.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas son parecidos a los de la gripe. La enfermedad relacionada con el virus del Zika suele ser leve con síntomas que duran de unos pocos días a una semana. Los síntomas más comunes 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 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. Además, como el virus del Zika puede transmitirse sexualmente, se recomienda a todas las mujeres embarazadas que habiten las áreas afectadas que hagan que sus parejas usen condones.

¿Cómo puedo obtener un spray/loción para mosquitos?

Puede obtener un spray/loción para mosquitos sin costo alguno para usted. Obtenga una receta de su médico. Luego, lleva esa receta a su farmacia, y le darán el repelente de mosquitos. Para obtener más información, visite:

txvendordrug.com/about/manuals/pharmacy-provider-procedure-manual/p-9-formulary-coverage/mosquito-repellents

Extractor de leche

¿Por qué necesita 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 del Driscoll Health Plan.

¿Dónde puedo obtener un extractor de leche?

Driscoll Health Plan cubre los extractores de leche con una receta de su médico. Puede obtener un extractor de leche de:

- aeroflowbreastpumps.com
- breastpumpdepot.com
- Farmacia de la red de Driscoll Health Plan
- Proveedor de equipos médicos duraderos

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Para encontrar una farmacia o un proveedor participante, visite driscollhealthplan.com o llame a Servicios para miembros para obtener ayuda.

Ayuda Después del Embarazo

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.

Visitas 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, podría 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.

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

Otros programas de atención preventiva

Programa de servicios de atención primaria de salud del DSHS

El Programa de Servicios de Atención Primaria de la Salud del DSHS ayuda a mujeres, niños y hombres a obtener atención médica primaria. Los residentes de Texas pueden obtener estos servicios si no pueden obtener la misma atención a través del seguro u otros programas o beneficios que brindan los mismos servicios. Para obtener servicios a través de este programa, los ingresos de una persona deben estar en o por debajo de los límites de ingresos del programa (200 por ciento del nivel de referencia federal de pobreza). Una persona aprobada para los servicios puede tener que pagar un copago, pero a nadie se le niegan los servicios por falta de dinero.

La Atención Primaria de Salud se centra en la prevención de enfermedades, la detección precoz y la intervención precoz de los problemas de salud. Los principales servicios prestados son:

- Educación para la salud
- Servicios de emergencia
- Servicios de planificación familiar
- Diagnóstico y tratamiento
- Pruebas de diagnóstico, incluidas radiografías y servicios de laboratorio.
- Servicios de salud preventiva, incluidas vacunas (vacunas)

Las solicitudes y los formularios de elegibilidad están disponibles en las clínicas o hable con el personal por teléfono o en persona para determinar si califica para los servicios. En ciertos casos, los servicios están disponibles el mismo día de su solicitud.

Busque proveedores de atención primaria de salud en línea en 211texas.org o llame al 2-1-1 y pregunte por el proveedor más cercano.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Para obtener más información sobre los servicios que puede obtener a través del programa de Atención Primaria de la Salud, llame, envíe un correo electrónico, o visite el sitio web del programa en:

Número gratuito: 1-877-541-7905 o 2-1-1

Correo electrónico:

PrimaryHealthCare@hhsc.texas.gov

Sito web:

hhs.texas.gov/es/servicios/salud/programa-de-servicios-de-atencion-medica-primaria

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 que 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

Servicios especiales

Servicios de interpretación

¿Puedo contar con los servicios de un intérprete cuando hable con mi proveedor de cuidado perinatal?

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 con 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 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” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o miembro por nacer de CHIP Perinatal.

La cobertura del programa CHIP Perinatal comienza el primer día del mes en que usted inscribe a su niño por nacer en el programa. La cobertura dura 12 meses si los ingresos de la familia superan el 198% del nivel federal de pobreza, pero se mantienen debajo del 202%. Por ejemplo, si su bebé ingresa al programa cuando usted está embarazada de tres meses y el

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

niño nace seis meses después, su bebé recibirá 6 meses de cuidado prenatal y seis meses de cobertura de CHIP completa luego de su nacimiento. Si los ingresos de la familia son iguales o menores al 185% del nivel federal de pobreza, su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde el momento de su nacimiento.

Puede encontrar los servicios cubiertos para recién nacidos en el Manual para Miembros de CHIP o el Manual para Miembros de STAR/Medicaid. El manual se le enviará luego del nacimiento de su bebé.

¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal?

Los beneficios y servicios para las embarazadas inscritas en el plan se limitan al cuidado prenatal y de posparto, además del trabajo de parto y el nacimiento del niño. A continuación, encontrará una lista de los beneficios incluidos para las embarazadas inscritas en el plan.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**. Nos complaceremos en explicarle cómo usar los beneficios del programa CHIP Perinatal que le corresponden a su hijo.

¿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 las páginas 20-27.

¿Qué debo hacer si tengo otros niños inscritos en CHIP?

Si sus otros hijos están inscritos en el programa CHIP, permanecerán en el programa, pero serán anotados en el mismo plan de salud que su cobertura del programa CHIP Perinatal. Se siguen aplicando copagos, costos compartidos y gastos de inscripción para sus hijos inscritos en el programa CHIP.

¿Puede mi bebé recién nacido tener cobertura de Medicaid?

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 su familia tiene un ingreso igual o menor al 198% del nivel federal de pobreza. En el caso de las familias que tengan un ingreso del 199% al 202% del nivel federal de pobreza, el niño permanecerá en el programa CHIP después de su nacimiento y recibirá cobertura continua durante 12 meses.

Tabla de beneficios

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

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios de hospital agudos generales y de rehabilitación para pacientes internados</p>	<p>Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salas de operaciones, recuperación y otros tratamientos • Anestesia y administración (componente técnico del centro) • Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios incluyen sólo los servicios que se relacionen directamente con el parto del niño por nacer, y los servicios relacionados con un aborto involuntario o un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero). • Los servicios para pacientes internadas asociados con (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero) son un beneficio cubierto. Los servicios para pacientes internadas asociados con un aborto involuntario o embarazo no viable incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos de dilatación y legrado (D&C) ○ Medicamentos administrados por un proveedor adecuado ○ Ecografías ○ Examen histológico de muestras de tejido 	<p>En el caso de los miembros de CHIP Perinatal cuya familia tenga un ingreso igual o menor al umbral de elegibilidad de Medicaid (miembros de CHIP Perinatal que califiquen para Medicaid luego de su nacimiento), los cargos del centro no son un beneficio cubierto; sin embargo, los cargos de servicios profesionales asociados al trabajo de parto y el nacimiento sí son un beneficio cubierto.</p> <p>En el caso de los miembros de CHIP Perinatal familias con ingresos por encima del umbral de elegibilidad de Medicaid (perinatos que no califican para Medicaid una vez nacidos), los beneficios se limitan a cargos por servicios profesionales y cargos por instalaciones asociadas con el trabajo de parto con el parto hasta el nacimiento, y servicios relacionados con aborto espontáneo o un embarazo no viable.</p>
<p>Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, estudios de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de laboratorio y radiología sólo incluyen los servicios que se relacionen directamente con el cuidado prenatal y/o el parto del miembro cubierto de CHIP Perinatal hasta su nacimiento. • Las ecografías de útero durante el embarazo son un

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<p>(componente técnico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico mediante equipos • Fármacos, medicamentos y productos biológicos que sean médicamente necesarios • Los servicios quirúrgicos asociados con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto que expiró en el útero) son un beneficio cubierto. • Servicios para pacientes ambulatorios asociados con (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero). • Los servicios para las pacientes ambulatorias, asociados con un aborto involuntario o embarazo no viable, incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos de dilatación y legrado (D&C) ○ Medicamentos administrados por un proveedor adecuado ○ Ecografías ○ Examen histológico de muestras de tejido 	<p>beneficio cubierto cuando estén médicamente indicadas. Pueden pedirse ecografías para presuntos defectos genéticos, embarazos de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, confirmación de la edad gestacional, aborto involuntario o embarazo no viable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión fetal intrauterina (FIUT) y la guía ultrasónica para cordocentesis y FIUT son beneficios cubiertos si se tiene un diagnóstico apropiado. • Los análisis de laboratorio solamente incluyen los siguientes: prueba sin estrés, contracción, prueba de estrés, análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; o recuento sanguíneo completo (CBC), análisis de orina para controlar los niveles de proteínas y glucosa en cada visita, examen de detección del grupo sanguíneo y anticuerpos RH; otro examen de detección de anticuerpos para las mujeres con RH negativo a las 28 semanas de embarazo, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO, si así fuera indicado; prueba de concentración de anticuerpos de la rubeola, serología de

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
		<p>sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba de gonorrea, urocultivo, prueba de célula calciforme, prueba de tuberculosis (TB), examen de detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados pero considerados médicamente necesarios, y exámenes de detección de múltiples marcadores para defectos del tubo neural (si el cliente inicia el cuidado entre las 16 y 20 semanas); examen de detección de la diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; otros análisis de laboratorio que hayan sido indicados según la afección médica del cliente.</p>
<p>Servicios profesionales de médicos/auxiliares médicos</p>	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios médicos que sean médicamente necesarios se limitan a cuidados prenatales y de posparto y/o el parto del niño cubierto por nacer hasta su nacimiento • Las visitas al consultorio del médico y los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios • Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes y servicios de patología, lo cual incluye el componente técnico y/o la interpretación profesional • Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del médico 	

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Componente profesional (internado/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, lo cual incluye: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los cirujanos y los cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos que se relacionen directamente con el parto del niño cubierto por nacer hasta su nacimiento ○ Administración de anestesia por un médico (que no sea el cirujano) o una enfermera anestesista registrada y certificada (CRNA) ○ Procedimientos de diagnóstico invasivos que se relacionen directamente con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer ○ Servicios quirúrgicos asociados con (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero). • Servicios médicos hospitalarios (incluidos los componentes técnicos e interpretativos realizados por un médico) • Componente profesional de la ecografía del útero durante el embarazo cuando sea indicado médicamente por presuntos defectos genéticos, embarazos de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o confirmación de la edad gestacional • Componente profesional de una amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT) y guía ultrasónica para la amniocentesis, cordocentesis y FIUT 	

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Componente profesional asociado con (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero). Los servicios profesionales asociados con un aborto involuntario o embarazo no viable incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimientos de dilatación y legrado (D&C) ○ Medicamentos administrados por un proveedor adecuado ○ Ecografías ○ Examen histológico de muestras de tejido 	
Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares pre embarazo	<p>Los servicios se limitan a una visita inicial y las subsiguientes visitas de cuidado prenatal, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una visita cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo • Una visita cada 2 o 3 semanas entre las 28 y 36 semanas de embarazo; y • Una visita por semana a partir de las 36 semanas de embarazo y hasta el nacimiento. <p>Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto) ○ Examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca del feto, extremidades) ○ Análisis de laboratorio (análisis de orina para controlar los niveles de proteínas y glucosa en cada visita; análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de 	<p>Límite de 20 visitas prenatales y 2 visitas de posparto (en un máximo de 60 días) sin la documentación de una complicación en el embarazo. En el caso de embarazos de alto riesgo, pueden ser necesarias visitas más frecuentes. Las visitas prenatales de alto riesgo no están limitadas a 20 visitas por embarazo. La documentación que justifique una necesidad médica debe ser guardada con los archivos del médico y está sujeta a revisiones retrospectivas.</p>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<p>embarazo; examen de detección de múltiples marcadores para anomalías en el feto ofrecido a las 16–20 semanas de embarazo; otro examen de detección de anticuerpos para las mujeres con Rh negativo a las 28 semanas de embarazo seguido de la administración de inmunoglobulina Rho si así fuera indicado; examen de detección de la diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otros análisis de laboratorio que hayan sido indicados según la afección médica del cliente).</p>	
<p>Servicios de centros de maternidad</p>	<p>Cubre servicios de maternidad provistos por un centro de maternidad licenciado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limitado a servicios del centro relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento. • Se aplica sólo a los miembros de CHIP Perinatal (niño por nacer) cuya familia tenga un ingreso superior al umbral de Medicaid (que no calificará para Medicaid luego de su nacimiento).
<p>Servicios prestados por un médico o enfermera partera certificada en un centro de maternidad licenciado</p>	<p>Cubre servicios prenatales y servicios de maternidad prestados en un centro de maternidad licenciado.</p> <p>Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir: <ul style="list-style-type: none"> ○ Historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto) ○ Examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca del feto, extremidades) ○ Análisis de laboratorio (análisis 	<p>Servicios prenatales sujetos a las siguientes limitaciones.</p> <p>Los servicios se limitan a una visita inicial y las subsiguientes visitas de cuidado prenatal, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 visita cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo; • 1 visita cada 2 o 3 semanas entre las 28 y 36 semanas de embarazo; y • 1 visita por semana a partir de las 36 semanas de embarazo y hasta el nacimiento.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<p>de orina para controlar los niveles de proteínas y glucosa en cada visita; análisis de hemoglobina o hematocritos repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo; examen de detección de múltiples marcadores para anomalías en el feto ofrecido a las 16–20 semanas de embarazo; otro examen de detección de anticuerpos para las mujeres con Rh negativo a las 28 semanas de embarazo seguido de la administración de inmunoglobulina Rho si así fuera indicado; examen de detección de la diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otros análisis de laboratorio que hayan sido indicados según la afección médica del cliente).</p>	<p>Los beneficios se limitan a: Límite de 20 visitas prenatales y 2 visitas de posparto (en un máximo de 60 días) sin la documentación de una complicación en el embarazo. En el caso de embarazos de alto riesgo, pueden ser necesarias visitas más frecuentes. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que justifique una necesidad médica debe ser guardada y está sujeta a revisiones retrospectivas.</p>
<p>Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia</p>	<p>En condiciones de emergencia o durante el trabajo de parto y el nacimiento, Driscoll Health Plan no puede exigir la autorización como condición de pago.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto del feto hasta el nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de emergencia, según la definición de “afección médica de emergencia” de una persona común y prudente • Exámenes de diagnóstico médico para determinar el tipo de emergencia cuando se relaciona directamente con el parto del niño por nacer cubierto. • Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer cubierto. 	<p>Los servicios de posparto o las complicaciones por las que sea necesario brindarle servicios de emergencia a la madre del miembro de CHIP Perinatal no son un beneficio cubierto.</p>

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
	<ul style="list-style-type: none"> • El transporte de emergencia por tierra, aire o agua es un beneficio cubierto cuando se trata del parto o un parto de riesgo • El transporte de emergencia por tierra, aire o agua es un beneficio cubierto cuando se trata de una emergencia asociada a (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto sin vida en el útero) 	
Beneficios de medicamentos	<p>Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para pacientes ambulatorios y productos biológicos; incluye medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y • Medicamentos y productos biológicos provistos como paciente internado. 	<p>Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.</p>

Beneficios adicionales

¿Qué beneficios adicionales obtengo como Miembro del Driscoll Health Plan?

Al unirse al Driscoll Health Plan obtiene algunos servicios de valor añadido que Medicaid 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 obtener esos beneficios para mi niño por nacer?

Si tiene preguntas sobre cómo acceder a cualquiera de estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

* Estos servicios adicionales son válidos del 1 de septiembre de 2024 al 31 de agosto de 2025

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
Asma	Tarjeta de regalo de \$20 después de cinco meses de renovaciones continuas de medicamentos para controlar el asma.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Las renovaciones deben ser continuas
	Un juego de fundas de almohadas y fundas de cama hipoalérgicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Debe cumplir los criterios médicos • Un juego por miembro, por año
Transportación	Transporte a cualquier visita o cita local relacionada con la salud. Incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Citas médicas • Citas de terapia • Citas de especialidad • Oficina de la Administración del Seguro Social • Eventos patrocinados por DHP 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe encontrarse dentro del área de servicio de Nueces • Debe encontrarse dentro de un radio de 25 millas o contar con autorización previa • La solicitud del servicio de transporte debe hacerse dos días antes de la visita • Hasta 5 pasajeros, incluido el miembro de DHP y el padre o asistente • Para visitas fuera de la red o del área de servicio de Driscoll es necesario contar con una autorización previa de DHP
Salud y bienestar	Tratamiento de eliminación de piojos	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres visitas por año • Se necesita la derivación del PCP • Clínicas participantes únicamente • Es posible tratar a los familiares si el miembro de DHP reúne los requisitos para el tratamiento
Ayuda para miembros con diabetes	Bandas de resistencia	<ul style="list-style-type: none"> • El miembro debe tener 7 años de edad o más.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
		<ul style="list-style-type: none"> El miembro debe cumplir con los criterios médicos El miembro debe estar inscrito en la gestión de casos. Un juego por miembro, por año
Salud conductual	Hasta \$60 en tarjetas de regalo por completar una sesión de Triple P.	<ul style="list-style-type: none"> Una tarjeta de regalo de \$20 por clase, hasta tres tarjetas de regalo por familia Debe inscribirse en una sesión de Triple P Debe completar cada clase de Triple P Debe completar un grupo de edad por nivel Limitado a dos niveles diferentes
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un seguimiento de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> A partir de los 6 años El seguimiento debe hacer con un médico de salud mental Debe hacerse dentro de los 7 días posteriores al alta del hospital de salud mental para pacientes hospitalizados
Programas de regalo	Hasta \$75 en tarjetas de regalo por completar un programa educativo de DHP o de Administración de casos.	<p><i>Las clases pueden ser presenciales o virtuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe inscribirse para las clases No debe estar relacionado con ningún otro VAS
	Tarjeta de regalo de \$25 cuando se aplica una vacuna contra el COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta dos tarjetas de regalo por año Debe presentar una copia de la tarjeta de vacunación
	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una clase de Kids in Safety Seats.	<ul style="list-style-type: none"> Debe completar una clase de Seguridad del niño como pasajero Una tarjeta de regalo por familia
	Kit de ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none"> Hasta tres kits de ciclo menstrual por año El miembro debe solicitar el kit
Ayuda adicional para embarazadas Para obtener una lista de baby showers y clases de crianza, visite: driscollhealthplan.com/servicios/get-ready-for-baby	Tarjeta de regalo de \$100 por asistir a un baby shower educativo Get Ready for Baby.	<ul style="list-style-type: none"> Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo
	Tarjeta de regalo de \$25 por hacer un control de la salud prenatal.	<ul style="list-style-type: none"> Debe estar dentro del primer trimestre o dentro de los 42 días de unirse a DHP Una tarjeta de regalo por miembro y por embarazo

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Servicios de valor añadido		
Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Restricciones o limitaciones
<p><i>Las clases pueden estar disponibles en ubicaciones seleccionadas, en persona, o virtualmente.</i></p>	Tarjeta de regalo de \$20 por completar una Evaluación de riesgos de salud (HRA) durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> Debe ser un nuevo miembro embarazada Debe completar la HRA de embarazo
	Membresía por un año del servicio de entrega de comestibles SHIPT para miembros embarazadas de alto riesgo.	Se debe identificar que tiene un embarazo de alto riesgo
	Orientación nutricional con una nutricionista.	<ul style="list-style-type: none"> No debe calificar para otro asesoramiento nutricional Debe estar embarazada
	Clase de crianza disponible para las mamás.	Debe asistir a una clase dentro de los 120 días del parto
Atención dental	<p>Hasta \$500 en servicios de cuidado dental. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen dental Empastes dentales Radiografías Dos limpiezas dentales Extracciones Tratamiento de fluoruro Tratamiento de encías 	A partir de los 19 años
Beneficios para artículos de venta libre	Hasta 20% de descuento en artículos de venta libre de la farmacia del Driscoll Children’s Hospital.	<ul style="list-style-type: none"> Debe presentar su credencial de identificación de miembro de DHP No se incluyen los beneficios cubiertos por CHIP
Línea de asesoramiento de enfermeras	Línea de asesoramiento de enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Exclusiones

¿Qué servicios no cubre el programa CHIP Perinatal?

El programa CHIP Perinatal ha limitado los beneficios cubiertos para las embarazadas inscritas en el plan. No se cubren algunos servicios de cuidado de la salud. DHP y/o su proveedor de CHIP Perinatal intentarán ayudarle a obtener atención médica dentro de su comunidad para los servicios que no estén cubiertos por el programa CHIP Perinatal para las embarazadas inscritas en el plan. Para obtener ayuda, también puede llamar a Servicios para Miembros de DHP al **1-877-451-5598**.

Las exclusiones de beneficios para las embarazadas inscritas en el programa CHIP Perinatal son:

- En el caso de los miembros de CHIP Perinatal cuya familia tenga un ingreso igual o menor al umbral de elegibilidad de Medicaid (miembros de CHIP Perinatal que califiquen para Medicaid luego de su nacimiento), los cargos del centro para pacientes hospitalizados no son un beneficio cubierto si están asociados a la admisión inicial del miembro recién nacido de CHIP Perinatal. “Admisión inicial del miembro recién nacido de CHIP Perinatal” se refiere a la hospitalización asociada con el nacimiento.
- 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)
- Los tratamientos de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que no sean de cuidado prenatal, trabajo de parto y nacimiento, servicios relacionados con (a) un aborto involuntario y (b) un embarazo no viable, y cuidados de posparto relacionados con el niño cubierto por nacer hasta su nacimiento. Servicios de salud mental para pacientes internados.
- Servicios de salud para pacientes internados.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Equipos médicos duraderos u otros dispositivos correctivos que tengan relación médica.
- Suministros médicos descartables, con la excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, cuando sean obtenidos de un proveedor de farmacia autorizado.
- Servicios de cuidado de la salud basados en la comunidad.
- Servicios de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y servicios residenciales de tratamiento por abuso de sustancias.
- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
- Cuidado de hospicio.
- Centro de enfermería especializada y servicios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia que no sean aquellos directamente relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño cubierto por nacer.
- Servicios de trasplante.
- Programas antitabaco.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico que no esté relacionado directamente con el parto o un parto de riesgo, un aborto involuntario o embarazo no viable y/o el nacimiento del niño cubierto por nacer.
- Artículos de uso personal, lo cual incluye, entre otros, kits de cuidado personal provistos durante la admisión como paciente internado, 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 relacionado con el trabajo de parto, el nacimiento o el cuidado de posparto.
- 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.
- Servicios de enfermería privada cuando se prestan a pacientes que están hospitalizados o internados en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura mientras esté de viaje fuera de los Estados Unidos y territorios estadounidenses (tal como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, Guam, y la Samoa Americana).
- 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 y no como parte del trabajo de parto y el nacimiento.
- Exámenes de próstata y mamografías.
- Cirugía programada 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 la salud excepto por cuidados de emergencia relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño cubierto por nacer y servicios proporcionados por un centro de salud con calificación federal (FQHC).
- Servicios, suministros, sustitutos de alimentos o suplementos ofrecidos para controlar el peso o para tratar la obesidad.
- Medicamentos recetados para pérdida o aumento de peso.
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
- Inmunizaciones exclusivamente para viajar al extranjero.
- Cuidado rutinario del pie, tal como cuidados higiénicos.
- 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).
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos de conveniencia.
- Medicamentos de venta libre.
- Aparatos ortopédicos principalmente con propósitos atléticos o recreativos.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

- 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 autoadministrarse o ser administrados por uno de los padres. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado).
- Mantenimiento.
- 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, terapia visual o servicios oftalmológicos.
- No están cubiertos los reembolsos por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla basados en la escuela.
- Gastos no médicos de donantes.
- Cargos incurridos como donante de un órgano.

Costos de su seguro CHIP Perinatal de DHP

¿Qué son los copagos?

Un copago es cuando usted debe pagar parte de la factura cada vez que su hijo necesita servicios de cuidado de la salud.

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

Los miembros de CHIP Perinatal no tienen responsabilidades de costo compartido, por lo que usted no tendrá que pagar ningún copago o deducible.

¿Qué debo hacer si necesito servicios que no cubre el programa CHIP Perinatal?

El programa CHIP Perinatal sólo pagará por los servicios que se enumeran en este Manual para Miembros.

¿Tendré que pagar por servicios que no son beneficios cubiertos?

Es posible que tenga que pagar por los servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinatal.

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 Perinatal.

Farmacia y medicamentos recetados

¿Cómo obtengo mis medicamentos?

Puede ir a cualquier farmacia que sea parte de la red del DHP. Para encontrar la farmacia más cercana a su domicilio, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que su médico dice que necesita para su embarazo. Su médico le escribirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o puede ser capaz de enviar la receta a la farmacia por usted.

No hay copagos para las recetas del programa CHIP Perinatal. En la mayoría de los casos, no podrá obtener un suministro para más de 34 días. El beneficio de medicamentos con receta del programa CHIP Perinatal no cubre:

- Medicamentos de venta libre
- Medicamentos anticonceptivos recetados únicamente con fines anticonceptivos
- Productos nutricionales
- Medicamentos que se deben administrar en el consultorio de un médico o en un centro de atención médica

¿A quién puedo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos con receta?

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia o para obtener su receta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-451-5598**.

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta para mi bebé por nacer?

Los medicamentos con receta están cubiertos para las mujeres embarazadas del Programa CHIP Perinatal.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Puede encontrar una farmacia de la red en el listado disponible en driscollhealthplan.com o puede contactarse con Servicios para Miembros para que le 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 a la línea de ayuda farmacéutica, indicada en el reverso de su tarjeta de

identificación. Allí le ayudarán a encontrar una farmacia de la red.

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Usted deberá presentar su tarjeta de identificación del Driscoll Health Plan en la farmacia.

¿Qué ocurre si necesito que me envíen a casa mis medicamentos?

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 haga entregas domiciliarias para que se los lleven a su hogar.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos?

Si tiene algún problema para obtener sus medicamentos, por favor comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si no puedo obtener los medicamentos que mi médico me recetó?

Si su médico no puede ser localizado para que apruebe una receta, posiblemente pueda recibir un suministro de emergencia del medicamento para tres días.

Para obtener ayuda con sus medicamentos y renovaciones de recetas, llame sin cargo al Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**.

¿Qué ocurre si pierdo un medicamento?

Debe guardar sus medicamentos en un lugar seguro. Si pierde sus medicamentos, llame a Servicios para Miembros. Trabajaremos con su médico y farmacia para ayudarlo a obtener un reemplazo.

¿Qué hago si yo necesito 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 necesito más de 34 días de suministro de una medicación recetada?

La farmacia sólo puede darle la cantidad de medicación que necesita para los próximos 34 días. Para cualquier otra pregunta, por favor llame al plan de salud pediátrico Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**.

Cómo cambiar de plan de salud

Si usted cumple ciertos requisitos de ingresos, su bebé:

- ser transferido a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de su fecha de nacimiento, o
- recibiendo servicios por medio del Programa CHIP si usted satisface los requisitos de CHIP Perinatal. El bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal por medio de su plan de salud, empezando con el mes de inscripción como bebé por nacer.

¿Qué ocurre si quiero cambiar mi plan de salud?

- Una vez que escoja un plan de salud para su hijo por nacer, el niño tiene que permanecer en este plan de salud hasta que termine la cobertura CHIP Perinatal del niño. Los 12 meses de cobertura de CHIP Perinatal comienzan cuando inscribe al bebé por nacer en el programa CHIP Perinatal y continúa después del nacimiento de su hijo.
- Si usted no elige un plan de salud dentro de 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) elegirá un plan para su bebé por nacer, y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC elige un plan de salud para su bebé por nacer, usted

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

tendrá 90 días a partir de la fecha de vigencia para elegir otro plan de salud si no está contenta con el plan que r la HHSC escogió.

- Los niños tienen que permanecer en el mismo plan de salud hasta que termine el período de inscripción para miembros de CHIP Perinatal o hasta que termine el período de inscripción de los otros niños, lo que ocurra de último. En ese momento, usted podrá elegir un plan de salud diferente para sus hijos.
- Usted puede pedir un cambio de plan de salud:
 - por cualquier motivo, dentro de los 90 días de inscribirse en CHIP Perinatal;
 - si usted se muda a un área de administración de servicios diferente; y
 - por algún motivo particular, en cualquier momento.

¿A quién debo llamar?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar mi plan de salud?

Usted puede solicitar un cambio de plan de salud:

- por cualquier motivo, dentro de los 90 días de su inscripción en CHIP Perinatal; y
- por algún motivo particular, en cualquier momento.

¿Cuándo entrará en vigencia mi cambio de plan de salud?

El cambio de plan de salud entrará en vigencia el mes siguiente después de que haya solicitado el cambio.

¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de

su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamándonos sin cargo al **1-877-451-5598** o escribir a:

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

¿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, etc.?

Sí. El plan de salud pediátrico Driscoll Health Plan puede solicitar su baja del plan de salud por “un motivo válido.”

Un motivo válido puede ser:

1. Fraude o abuso cometido por un miembro
2. Amenazas o actos violentos que lastimen al personal o a los proveedores de atención 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 continuamente a las citas con su proveedor de atención de la salud
 - c. Ser irrespetuoso o comportarse mal con un proveedor de atención de la salud o con los miembros del personal de DHP
 - d. Utilizar continuamente un médico que no es proveedor de atención 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

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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 debo mudarme?

Tan pronto como sepa su nueva dirección, avise a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 desde tu celular o al 1-877-541-7905. También puede actualizar su información en yourtexasbenefits.com y llame al Servicios para Miembros del Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598** así que también podemos actualizar nuestros registros. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar al Departamento de Servicios para Miembros del Driscoll Health Plan, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención médica del Driscoll Health Plan hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) cambie su dirección.

¿Qué debo hacer si recibo una factura de un proveedor?

En el programa CHIP Perinatal no hay copagos ni deducibles que los miembros deban pagar de su bolsillo. Todos los servicios cubiertos deben ser pagados por DHP directamente a su proveedor.

¿A quién debo llamar?

Si usted recibe una factura de su proveedor, por favor llame a Servicios para Miembros de DHP, al **1-877-451-5598**. Nos comunicaremos con el consultorio de su proveedor y le ayudaremos a explicar sus beneficios.

¿Qué información necesitarán?

Cuando usted nos llame, por favor tenga a la mano la tarjeta de identificación de su hijo y la factura del

proveedor. Servicios para Miembros de DHP necesitará esos datos para poder ayudarle.

Ley de paridad en salud mental y equidad en adicciones

Driscoll Health Plan sigue todas las leyes y regulaciones de la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones y protege el trato injusto y desigual con respecto a los beneficios proporcionados por nuestro plan.

Quejas

Los asesores de miembros del Driscoll Health Plan están aquí para ayudarle a escribir y presentar sus quejas los asesores de miembros le ayudarán a través del proceso de quejas. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios cubiertos o los servicios preventivos de Driscoll Health Plan, llame al **1-877-451-5598**.

Proceso de quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Estamos aquí para ayudar. Si tiene una queja, por favor llámenos gratis al **1-877-41-5598** para explicarnos el problema. Un asesor de miembros del Driscoll Health Plan puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-877-451-5598**. 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 queja del 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Driscoll Health Plan
Quality Management Department
Performance Excellence Team
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415
Llame sin cargo: 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 del Driscoll Health Plan ayudarme a presentar una queja?

Sí. Los asesores de miembros del 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 recibir su queja. También le enviaremos un formulario para que lo complete y lo devuelva por correo. Este formulario nos dará más detalles sobre su queja, pero no es necesario. Lo revisaremos y le notificaremos por escrito el resultado. Todas las quejas son revisadas para asegurarnos de que haya un seguimiento. También son revisadas para asegurarnos de que reciba una respuesta oportunamente.

¿Cuánto demorarán en atender mi queja?

Le enviaremos una respuesta dentro de los 30 días después de recibirla.

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, envíela a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
P.O. Box 12030
Austin, Texas 78711-2030
Llame sin cargo: 1-800-252-3439
Número de fax: 512-490-1007

Si puede acceder a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a:

tdi.texas.gov/consumer/complfrm.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. La solicitud será revisada por un proveedor de atención médica de la misma especialidad similar. Este proveedor tendrá conocimiento de la condición médica, procedimiento o tratamiento que se está revisando. 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 afección 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

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio o medicamento cubierto, pero Driscoll Health Plan 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. La carta incluirá el formulario que necesita para apelar el rechazo. Usted no tiene que devolver este formulario para que podamos procesar 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 5 días hábiles de recibir su apelación.
- Completaremos la revisión dentro de los 30 días.
- Usted tiene derecho a pedir que la revisión la haga una revisión independiente/externa.

¿Cómo presento una apelación?

- Usted o su proveedor pueden solicitar una apelación oralmente o por escrito.

- Si elige presentar una apelación por escrito, puede usar 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 alguien de DHP ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Si necesita ayuda para presentar una apelación **1-877-451-5598** para obtener ayuda para presentar una apelación. Un asesor de miembros le ayudará.

Apelación de especialidad

Si no está satisfecho con nuestra decisión, su proveedor puede solicitar una apelación de especialidad. Esta solicitud es para que un tipo específico de proveedor especializado revise el caso. Su proveedor debe enviarnos una solicitud 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 de la misma especialidad similar. Este proveedor tendrá conocimiento de la condición médica, procedimiento o tratamiento que se está revisando. Responderemos por escrito al miembro, a la persona que actúa en nombre del miembro y al proveedor dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de la 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 Servicios para Miembros sin cargo al **1-877-451-5598** para solicitar una apelación acelerada.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

Si necesita ayuda para presentar la apelación, llame a Servicios para Miembros y haremos los arreglos para que un asesor de miembros le ayude.

¿Es necesario que presente mi solicitud por escrito?

No es necesario que presente la solicitud por escrito. Usted o su médico pueden solicitar este tipo de apelación.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Revisaremos su solicitud y le daremos una respuesta a usted y a su médico dentro de un día siguiente de haber recibido la solicitud de apelación. Le enviaremos una carta dentro de las 72 horas con la respuesta. Esta carta aprueba o deniega la solicitud de una apelación acelerada.

¿Qué ocurre si DHP 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 Independiente/Externo

¿Qué es una revisión Independiente/Externa?

Una revisión independiente/externa es una revisión de la decisión de apelación de un plan de salud de negar servicios por 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, un revisor de registros externo, 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 solicito una Revisión Independiente/Externa?

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
State Appeals East
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
Fax: 1-888-866-6190

También puede solicitar una revisión en línea. Para completar un formulario de solicitud en línea por favor visite:

externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/requestReviewOnline

Un representante autorizado puede solicitar una revisión externa en su nombre. Usted y su representante autorizado deben completar y firmar un Formulario de Nombramiento de Representante (AOR) del Proceso Federal de Revisión Externa de HHS. Puede acceder al formulario visitando:

externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/forms

Si tiene preguntas sobre su revisión externa o desea solicitar un formulario AOR, llame al 1-888-866-6205, ext. 3326.

¿Cuáles son los plazos para este proceso?

Un revisor de Maximus enviará una carta de su decisión de revisión final tan pronto como sea posible, pero a más tardar 45 días después de que el revisor reciba la solicitud de una revisión externa. DHP pagará por el servicio si la decisión es ofrecer el servicio solicitado.

¿Y si necesito una decisión rápidamente?

Si su hijo está en el hospital o necesita una decisión de apelación rápidamente debido a su afección, 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.

Reportar malgasto, abuso, y 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, abuso o fraude, lo cual es la ley.

Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios de CHIP que no 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.hhs.texas.gov/report-fraud-waste-or-abuse y seleccione **IG's Fraud Reporting Form**; 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 la mayor cantidad de información posible.

Al denunciar a un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.) incluya los siguientes datos:

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

- Nombre, dirección, y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de cuidado de la salud en el hogar, etc.)
- Número de Medicaid del proveedor y centro, si los tiene
- El tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
- El nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan colaborar en la investigación
- Las fechas de lo ocurrido
- Un resumen de lo sucedido

Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya lo siguiente:

- Nombre de la persona
- Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso, si los tiene
- Ciudad donde 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.

Querella - 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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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.

Información disponible para los miembros una vez al año

Como Miembro del Driscoll Health Plan, usted puede solicitar y recibir la siguiente información cada año:

<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los proveedores de la red, como los médicos de atención primaria, especialistas y hospitales dentro de nuestra área de servicio. Esta información incluirá 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.
<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier restricción a su libertad para elegir proveedores de la red.
<ul style="list-style-type: none"> • Sus derechos y responsabilidades.
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre quejas, apelaciones y el proceso de evaluación de una Revisión Independiente/Externa
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre los beneficios disponibles bajo el programa CHIP, incluidos la cantidad, la duración y el alcance de los beneficios. El propósito es asegurarse de que usted comprenda los beneficios a los que tiene derecho.
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo obtener beneficios, lo cual incluye los requisitos de autorización.
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo obtener beneficios (como servicios de planificación familiar) de proveedores fuera de la red y los límites a dichos beneficios.
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo recibir cobertura de emergencia y fuera del horario normal, y los límites a dichos beneficios, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Qué constituye una afección médica de emergencia, qué son los servicios de emergencia y los servicios de posestabilización. ○ El hecho de que usted no necesita autorización previa de su proveedor de atención primaria para recibir servicios de cuidado de emergencia. ○ Cómo obtener servicios de emergencia, incluidas las indicaciones sobre cómo utilizar el sistema telefónico 911 o su equivalente local. ○ Las direcciones de los lugares donde proveedores y hospitales prestan servicios de emergencia cubiertos por CHIP. ○ Una declaración de su derecho a usar las instalaciones de cualquier hospital u otro lugar para recibir cuidado de emergencia. ○ Las reglas de la posestabilización.
<ul style="list-style-type: none"> • La política acerca de referidos o derivaciones a cuidados especializados y otros servicios que no puede obtener a través de su proveedor de atención primaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Las pautas de práctica de Driscoll Health Plan.
<ul style="list-style-type: none"> • El Directorio de Proveedores.
<ul style="list-style-type: none"> • Los resultados de las encuestas de satisfacción de los miembros.

Socios del 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 esas 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 médico que no son de emergencia (NEMT)
SPH Analytics – realiza encuestas de satisfacción de los miembros
Pacific Interpreters – ofrece servicios de interpretación
Carenet – ofrece la línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Derechos de los miembros

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta, fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud de su hijo que está por nacer y sus doctores, hospitales y otros proveedores.
2. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los proveedores perinatales. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su bebé por nacer. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
4. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores perinatales del plan de salud.
5. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo que está por nacer pueda obtener la atención adecuada cuando la necesite.
6. Usted tiene el derecho de recibir servicios perinatales de emergencia si tiene motivos razonables para creer que la vida del bebé por nacer corre peligro, o que podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud.
7. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo que está por nacer.
8. Usted tiene el derecho de hablar en nombre del bebé por nacer en todas las decisiones de tratamiento.
9. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
10. Usted tiene el derecho de hablar en privado con el proveedor perinatal, y de que sus expedientes médicos se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar sus expedientes médicos y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

11. 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 perinatales para el bebé por nacer. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio perinatal cubierto que el doctor del bebé por nacer 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.
12. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otros proveedores perinatales pueden aconsejarle sobre su estado de salud, atención médica y tratamiento, o los de su bebé por nacer. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.

Responsabilidades de los miembros

Usted y el plan de salud tienen interés en que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones sobre la atención de su bebé por nacer.
3. 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.
4. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual del Programa de CHIP Perinatal para entender cómo funcionan las reglas.
5. Usted tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP Perinatal por proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
7. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

Si usted cree que la han tratado injustamente o la han discriminado, llame gratis al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) al 1-800-368-1019. También puede ver información sobre la Oficina de Derechos Civiles del HHS en Internet en: hhs.gov/ocr/index.html

La discriminación está prohibida por la ley

Driscoll Health Plan (DHP) cumple las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. DHP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Si usted cree que 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: 800-735-2989
Correo Electrónico: filegrievance@dchstx.org

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, un asesor de miembros está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos, electrónicamente a través del [Office for Civil Rights Complaint Portal](#), por correo postal o por teléfono:

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 en: 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 formatos)
- 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, gujarati, ruso, japonés o laosiano, los servicios de asistencia lingüística están disponibles para usted sin cargo. Llame al **1-877-324-7543**.

Spanish

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

Vietnamese

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

Chinese

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

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-324-7543 번으로 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 ກໍາລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ມ່ອນ ຕາຖາມກ່ຽວກັບ Laotian, ທ່ານ ມີສດ ທ່ານ ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ອາດຈະມີ ມູນ ນຂ່າວສານ ທ່ານ ບໍ່ພາສາຂອງທ່ານ ບໍ່ມີ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ການໂອ້ນລັກບັນນາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 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.

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

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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.

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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.

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.

MANUAL PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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.

Información Mantenido Electrónicamente. Sujeto a un cronograma establecido por la ley federal, si mantenemos su PHI electrónicamente, usted tiene derecho a solicitar un informe de todas las divulgaciones. Según la ley federal, usted puede solicitar un informe por un período de tres (3) años antes de la fecha en que se solicita el informe.

Derecho a una Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso en cualquier momento. También puede obtener una copia electrónica de este aviso haciendo clic en [Notice of Privacy Practices \(NOPP\)](#) ubicado en el sitio web de DHP en driscollhealthplan.com.

Derecho a Revocar la Autorización. Tiene derecho a revocar una autorización previa que haya realizado para usos y divulgaciones en cualquier momento, siempre que la revocación se presente por escrito. La revocación entrará en vigor al recibirla y validarla, con la excepción y en la medida en que la entidad haya utilizado o divulgado previamente la PHI basándose en una autorización previa.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar o revisar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso contendrá la fecha de vigencia. DHP se reserva el derecho de aplicar el aviso modificado a toda la PHI previamente adquirida sobre usted. Como parte de su envío anual, recibirá una copia del aviso actual vigente.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja utilizando la información de contacto al final de este aviso, o comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, Teléfono: 1-800-368-1019, o Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Cualquier solicitud oficial relacionada con estos derechos debe dirigirse a:

Driscoll Health System, Chief Privacy Officer

4525 Ayers Street

Corpus Christi, Texas 78415

Teléfono de la oficina: 1-877-324-7543

Nuestras responsabilidades

- Las leyes nos exigen mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos inmediatamente si se produce un acceso no autorizado que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia.
- No usaremos o compartiremos información que no sea de la manera descrita en este documento, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de opinión, debe informarnos por escrito.
- Para obtener más información visite: hhs.gov/hipaa/index.html

Cambios en los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de este aviso y los cambios serán aplicables a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web y, además, le enviaremos una copia por correo.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, necesita más información sobre sus derechos de privacidad, desea obtener copias adicionales de este aviso, o requiere una traducción de este aviso en otro idioma, puede comunicarse con Driscoll Health Plan al **1-877-451-5598**.

También puede comunicarse con nuestro Chief Privacy Officer llamando al **1-877-324-7543**, o enviando una carta a:

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

Compartir información de salud

Tenemos una 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 sus médicos a brindarle la mejor tratamiento posible. Cuando sus médicos tienen todos sus datos médicos, son mejores capaz de ayudarte. Esto le ayudará a mantenerse seguro.