

Marzo de 2025

CHIP

Manual para Miembros

English version on the other side



TEXAS
Health and Human
Services

For more information, call /
para más información, llame
al **1-877-639-2447**.
FirstCare.com/CHIP

FC-M001 03/25

FirstCare[™]
HEALTH PLANS
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Bienvenido a FirstCare Health Plans

Nos complace tenerlo como miembro y esperamos poder ayudarle con sus necesidades de atención médica. Este Manual para Miembros le informa sobre FirstCare CHIP y el programa CHIP Perinatal, además de cómo usar este plan, y le ayuda con cualquier pregunta que usted pueda tener. Por favor dedique unos minutos a leer este manual. Aprenderá sobre los beneficios y cómo obtener los servicios que usted o su hijo necesitan. Recuerde que su proveedor de atención primaria debe guiar toda su atención médica.

¿Y si necesito ayuda con el Manual para Miembros?

Si necesita ayuda para comprender el Manual para Miembros, llame a Servicio al Cliente de FirstCare CHIP o CHIP Perinatal al 1-877-639-2447. Si es necesario, usted puede obtener este manual en letra más grande, audio (CD), braille o en cualquier otro formato de idioma. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas, por favor llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan inglés y español. Si usted habla otro idioma, podemos comunicarlo con un intérprete. Los miembros con pérdida de audición pueden llamar a la línea TTY de FirstCare, Relay Texas, al 7-1-1. Relay Texas es un servicio gratuito de interpretación telefónica que ayuda a personas con discapacidades auditivas o del habla.

Horarios de Servicio al Cliente

Servicio al Cliente de FirstCare atiende de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del centro, excepto los días festivos aprobados por el estado. Si llama fuera de horario, por favor déjenos un mensaje. Devolveremos todas las llamadas el siguiente día hábil.

Salud conductual

Ofrecemos Servicios de Salud Conductual para los miembros de FirstCare CHIP. Se trata de atención médica para problemas emocionales, de alcohol o de drogas. Para obtener este tipo de ayuda, llame a Servicios de Salud Conductual de FirstCare al 1-800-327-6934. Para comunicarse con la línea de crisis de salud conductual, llame al 1-800-327-6943 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Usted no necesita una referencia para obtener la ayuda de los servicios de salud conductual de FirstCare. Nuestros representantes de Servicio al Cliente hablan inglés y

español. Si usted habla otro idioma, podemos comunicarlo con un intérprete. Los servicios de salud conductual y trastorno por abuso de sustancias no están cubiertos para los miembros de FirstCare CHIP Perinate (niños por nacer).

¿Qué debo hacer si tengo una emergencia?

Si tiene una emergencia y necesita atención médica inmediata, vaya a la sala de emergencias (ER) más cercana o llame al 9-1-1. Desde allí podrán enviarle una ambulancia y ayudarle a llegar a la sala de emergencias. Recuerde llamar a su médico y a FirstCare para hacernos saber que necesitaba y recibió servicios de emergencia. También deberá programar el cuidado de seguimiento con su médico.

Si no tiene lesiones o síntomas que pongan en riesgo su vida ni necesita atención médica inmediata, llame primero a su proveedor de atención primaria. Su médico podrá ayudarle y aconsejarle.

Obtener más información

Para obtener información sobre compañías, coberturas, derechos o quejas, llame al Departamento de Seguros de Texas (TDI) al 1-800-252-3439. También puede escribir al TDI:

PO Box 12030

Austin, TX 78711

Fax: 1-512-475-1771

Web: tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

El Manual para Miembros está disponible para enviarlo por correo sin cargo en cualquier momento. Le llegará en unos cinco días hábiles. Para solicitar un Manual para Miembros, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Información de contacto

Oficinas de FirstCare

Servicio al Cliente

7005 Salem Park Drive,
Suite #100
Lubbock, TX 79424
1-877-639-2447

Oficina Corporativa

1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
1-737-401-9000

Oficina Regional de Lubbock

7005 Salem Park Drive,
Suite #100
Lubbock, TX 79424
1-800-264-4111

Números de teléfono importantes

Servicio al Cliente de FirstCare	1-877-639-2447
Horario de atención: lunes a viernes, 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del centro	
Línea TTY	7-1-1
- Preguntas sobre sus beneficios	
- Preguntas sobre medicamentos con receta	
- Cambiar de proveedor de atención primaria (PCP)	
- Presentar una queja	
- Solicitar una audiencia imparcial	
- Solicitar coordinación de servicios	
Línea de ayuda de CHIP	1-800-964-2777
- Cambiar de plan de salud	
Medicamentos recetados	1-877-639-2447
Cuidado de la vista*	1-877-639-2447
Planes dentales*	
DentaQuest	1-800-431-7798
MCNA Dental	1-800-494-6262
United Dental	1-877-901-7321
Servicios de salud conductual	1-800-327-6934
Línea de Crisis de Salud Conductual	1-800-327-6943
Línea de enfermeras de atención las 24 horas	1-855-828-1013
Oficina del Ombudsman de la HHSC	1-866-566-8989

Correo electrónico de Servicio al Cliente de FirstCare:

CSservice@FirstCare.com

Dirección web de FirstCare CHIP www.FirstCare.com/CHIP

** Los beneficios dentales y de cuidado de la vista son para los miembros de CHIP y CHIP Perinatal Newborn.*

Índice

ACERCA DE FIRSTCARE CHIP Y CHIP PERINATAL	1
¿CÓMO FUNCIONA MI PLAN FIRSTCARE CHIP O CHIP PERINATAL?	1
NUEVAS TECNOLOGÍAS	2
ÁREA DE SERVICIO DE FIRSTCARE CHIP Y CHIP PERINATAL	3
TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DE FIRSTCARE.....	4
¿CÓMO USO MI TARJETA DE IDENTIFICACIÓN O LA DE MI HIJO?	5
¿CÓMO REONGO UNA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN PERDIDA?	6
¿CUÁNTO TIEMPO PUEDO USAR MI TARJETA DE IDENTIFICACIÓN O LA DE MI HIJO?.....	6
PROVEEDORES DE ATENCIÓN PRIMARIA	6
¿QUÉ DEBO LLEVAR A LA CITA CON MI MÉDICO/EL MÉDICO DE MI HIJO?	6
¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	6
¿CÓMO ELIJO A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	6
¿CÓMO PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO?	7
¿PUEDO UNA CLÍNICA SER MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO?	8
¿PUEDO CONSULTAR A UN MÉDICO QUE NO SEA PROVEEDOR DE FIRSTCARE?.....	8
¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO?	8
¿CUÁNDO SE HARÁ EFECTIVO EL CAMBIO DE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	8
¿HAY ALGÚN MOTIVO POR EL QUE EL PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEDA SER RECHAZADO?	8
¿PUEDO MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA CAMBIARME A OTRO PROVEEDOR POR INCUMPLIMIENTO?	9
¿QUÉ OCURRE SI CONSULTO A OTRO MÉDICO QUE NO SEA MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO?	9
¿UN ESPECIALISTA PUEDE SER CONSIDERADO UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA?	9
¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN MÉDICA SI EL CONSULTORIO DE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO ESTÁ CERRADO?	9
PLAN DE INCENTIVOS PARA MÉDICOS.....	9
BENEFICIOS.....	10
¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS DE CHIP?	10
¿QUÉ SON LOS COPAGOS?	10
¿QUÉ SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS?	30
¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA?.....	32
¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES OFRECE FIRSTCARE?	32
¿CÓMO PUEDO OBTENER ESOS BENEFICIOS PARA MÍ O MI HIJO?	34
¿QUÉ CLASES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD OFRECE FIRSTCARE?.....	34
CUIDADO DE RUTINA, URGENTE Y DE EMERGENCIA	34
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS?	34
¿QUÉ ES EL CUIDADO MÉDICO DE RUTINA?	35
¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?	35
¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA, UNA CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y UNA CONDICIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DE EMERGENCIA?	35
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?	36
¿DEBO IR A LA SALA DE EMERGENCIAS Y PEDIR ATENCIÓN URGENTE O DEBO ESPERAR?	36
¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJO O YO NECESITAMOS ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA?	37
¿QUÉ ES LA POSTESTABILIZACIÓN?.....	37
¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN MÉDICA SI EL CONSULTORIO DE MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA O EL DE MI HIJO ESTÁ CERRADO?	37
.....	37
¿QUÉ DEBO HACER SI ME ENFERMO ESTANDO FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE? ¿QUÉ DEBO HACER SI ES MI HIJO EL QUE SE ENFERMA?	38
.....	38
ESPECIALISTAS	38
¿QUÉ DEBO HACER SI YO O MI HIJO NECESITAMOS VER A UN MÉDICO ESPECIALIZADO (UN ESPECIALISTA)?.....	38

¿CÓMO PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN?	39
SALUD DE LA MUJER (OBSTETRA/GINECÓLOGO)	39
¿QUÉ DEBO HACER SI MI HIJA O YO NECESITAMOS ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA? ¿TENGO DERECHO A ELEGIR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO?	39
¿QUÉ DEBO HACER SI YO O MI HIJA ESTAMOS EMBARAZADAS? ¿A QUIÉN DEBO LLAMAR?	40
PROGRAMA HEALTHY TEXAS WOMEN	42
SERVICIOS HEALTHY TEXAS WOMEN PLUS	42
PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES DE FIRSTCARE	43
OTROS SERVICIOS	43
SALUD CONDUCTUAL (MENTAL)	43
CUIDADO DE LOS OJOS.....	44
SERVICIOS DENTALES.....	44
INTERVENCIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA	45
SERVICIOS DE INTÉRPRETES.....	45
NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.....	46
FACTURACIÓN	46
CAMBIO DE DIRECCIÓN	46
RECETAS (MEDICAMENTOS)	47
¿CÓMO PUEDO SABER QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN CUBIERTOS?	47
¿CÓMO PUEDO OBTENER MEDICAMENTOS PARA MI HIJO O PARA MÍ?	47
¿POR QUÉ ALGUNOS MEDICAMENTOS NECESITAN UNA AUTORIZACIÓN PREVIA?	49
SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	49
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	50
DERECHOS DE LOS MIEMBROS.....	50
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	51
PROVEEDORES PERINATALES.....	52
¿QUÉ NECESITO LLEVAR A LA CITA CON MI PROVEEDOR PERINATAL?	52
¿PUEDE UNA CLÍNICA SER MI PROVEEDOR PERINATAL?.....	52
¿CÓMO PUEDO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA FUERA DE HORARIO?.....	52
¿CÓMO ELIJO A UN PROVEEDOR PERINATAL? ¿NECESITARÉ UNA REFERENCIA?	53
¿PUEDO ELEGIR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MI HIJO ANTES DE QUE NAZCA? ¿A QUIÉN DEBO LLAMAR?	53
BENEFICIOS.....	54
¿CÓMO AVERIGUO QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁN CUBIERTOS?.....	54
¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS DE CHIP PERINATAL O LOS DE MI HIJO POR NACER?.....	54
¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA MI BEBÉ POR NACER?.....	54
¿CUÁNTO DINERO TENDRÉ QUE PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO POR NACER EN EL PROGRAMA CHIP PERINATAL?	55
¿TENDRÉ QUE PAGAR POR SERVICIOS QUE NO SON BENEFICIOS CUBIERTOS?.....	55
¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO SERVICIOS QUE CHIP PERINATAL NO CUBRE COMO BENEFICIOS?.....	55
¿QUÉ BENEFICIOS ADICIONALES OFRECE FIRSTCARE?	55
¿CÓMO PUEDO OBTENER ESOS BENEFICIOS PARA MI NIÑO POR NACER?	57
¿QUÉ CLASES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD OFRECE FIRSTCARE?	57
CONTROLES DE POSPARTO.....	57
¿QUÉ SERVICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS?	63
ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA, URGENTE Y DE EMERGENCIA.....	66
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS?	66
¿QUÉ ES EL CUIDADO MÉDICO DE RUTINA?	67

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?	67
¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA Y QUÉ ES UNA CONDICIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?	67
¿QUÉ SON LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA	68
¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN MÉDICA SI EL CONSULTORIO DE MI MÉDICO ESTÁ CERRADO?	68
¿QUÉ DEBO HACER SI ME ENFERMO ESTANDO FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE?.....	68
¿QUÉ ES UNA REFERENCIA?	69
¿QUÉ DEBO HACER SI NECESITO SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS POR EL PROGRAMA CHIP PERINATE?	69
RECETAS (MEDICAMENTOS)	69
¿CÓMO PUEDO OBTENER MIS MEDICAMENTOS?	69
OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE.....	71
SERVICIOS DE INTÉRPRETES.....	71
FACTURACIÓN	71
CAMBIO DE DIRECCIÓN	71
COBERTURA Y RENOVACIÓN DE CHIP PERINATAL.....	72
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	72
DERECHOS DE LOS MIEMBROS.....	72
RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS.....	73
CÓMO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD	74
¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR MI PLAN DE SALUD?	75
¿CUÁNDO SE HARÁ EFECTIVO EL CAMBIO DE MI PLAN DE SALUD?	75
¿FIRSTCARE PUEDE PEDIR MI BAJA DEL PLAN DE SALUD (POR INCUMPLIMIENTO O POR ALGÚN OTRO MOTIVO)?	75
INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA EN CHIP Y CHIP PERINATAL, Y COBERTURA DE MEDICAID PARA CIERTOS BEBÉS RECIÉN NACIDOS	76
QUEJAS Y APELACIONES.....	76
QUEJAS	76
¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO UNA QUEJA?	76
APELACIONES	78
¿QUÉ DEBO HACER SI MI MÉDICO ME RECETA UN SERVICIO CUBIERTO, PERO FIRSTCARE LO RECHAZA O LO LIMITA?.....	78
¿CÓMO PUEDO SABER SI LOS SERVICIOS HAN SIDO RECHAZADOS?	78
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA EL PROCESO DE APELACIÓN?	78
¿CUÁNDO TENGO DERECHO A SOLICITAR UNA APELACIÓN?	78
¿ES NECESARIO PRESENTAR MI SOLICITUD POR ESCRITO?	79
¿PUEDE UN REPRESENTANTE DE FIRSTCARE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN?	79
APELACIONES ACELERADAS.....	79
¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ACELERADA?.....	79
¿CÓMO SOLICITO UNA APELACIÓN ACELERADA? ¿ES NECESARIO PRESENTAR MI SOLICITUD POR ESCRITO?.....	79
¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA UNA APELACIÓN ACELERADA?	79
¿QUÉ OCURRE SI FIRSTCARE RECHAZA UNA APELACIÓN ACELERADA?.....	79
¿QUIÉN PUEDE AYUDARME A PRESENTAR UNA APELACIÓN ACELERADA?.....	80
PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE	80
¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE (IRO)?	80
¿TENGO DERECHO A APELAR ANTE UNA IRO?	80
¿CÓMO SOLICITO UNA REVISIÓN DE UNA IRO?	80
PRESENTACIÓN DE QUEJAS ANTE EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS (TDI):	81
REPORTAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE DE CHIP	81
¿DESEA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE EN EL PROGRAMA CHIP?.....	81
PARA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE, ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:.....	82
PARA DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE, REÚNA LA MAYOR CANTIDAD DE INFORMACIÓN POSIBLE.....	82

POLÍTICA DE PRIVACIDAD DE FIRSTCARE	84
AVISO DE PRIVACIDAD.....	84
DERECHO A LA PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD	84
DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD (PHI).....	84
CÓMO COMUNICARSE CON FIRSTCARE PARA REVISAR, CORREGIR O LIMITAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD	86
CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA O INFORMAR UN PROBLEMA.....	86
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	87

Acerca de FirstCare CHIP y CHIP Perinatal

FirstCare CHIP y CHIP Perinatal es un plan de salud que le brinda todos sus beneficios y más. Con FirstCare, obtendrá fácilmente chequeos, análisis de laboratorio, internaciones, cuidado de ojos y otros tipos de atención médica. Un extenso grupo de médicos y hospitales estará allí para ayudarlo cuando necesite atención médica. Su fecha inicial de elegibilidad con FirstCare CHIP o CHIP Perinatal se indica en su tarjeta de identificación. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, por favor llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 o marque 2-1-1.

Es importante que renueve su cobertura para no perder sus beneficios de salud. Si pierde la elegibilidad o no renueva su cobertura, se terminará su membresía en este plan.

¿Cómo funciona mi plan FirstCare CHIP o CHIP Perinatal?

Cuando usted se inscribe en FirstCare CHIP o inscribe a un recién nacido en FirstCare CHIP Perinatal Newborn, debe elegir un proveedor de atención primaria. Un proveedor de atención primaria puede ser un médico, un enfermero o una clínica que se ocupará de la mayor parte del cuidado de su salud. En el caso de los niños, el proveedor de atención primaria puede ser un pediatra (médico de niños). También puede elegir un centro de salud con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC) como su proveedor de atención primaria. Estas son clínicas aprobadas por el Gobierno Federal. Su proveedor de atención primaria llegará a conocerlos a usted y su familia. Programará sus controles regulares y lo tratará cuando esté enfermo. Su proveedor de atención primaria le dará recetas para sus medicamentos. También recibirá suministros médicos si los necesita. Su proveedor de atención primaria lo referirá a un médico especialista si usted lo necesita.

Cuando usted o su familia necesiten ver a un médico, llame a su proveedor de atención primaria. El número se indica en su tarjeta de identificación de FirstCare CHIP o CHIP Perinatal. Llame oportunamente al consultorio de su proveedor de atención primaria para programar una cita. Mencione que es miembro de FirstCare CHIP o CHIP Perinatal. Es muy importante que asista a todas sus citas. Si no puede asistir a una cita, llame a su proveedor de atención primaria para avisarle. Le programará un horario que sea mejor para usted.

El horario de atención de FirstCare es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. hora del centro, excepto los días festivos aprobados por el estado. Si llama fuera de horario, por favor déjenos un mensaje. Su llamada es importante y nos pondremos en contacto con usted. Devolveremos todas las llamadas el siguiente día hábil.

Ofrecemos Servicios de Salud Conductual para los miembros de FirstCare CHIP. Se trata de atención médica para problemas emocionales, de alcohol o de drogas. Para obtener este tipo de ayuda, llame a Servicios de Salud Conductual de FirstCare al 1-800-327-6934. Para comunicarse con la línea de crisis de salud conductual de FirstCare, llame al 1-800-327-6943 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted

no necesita una referencia para obtener la ayuda de los servicios de salud conductual de FirstCare. Si tiene una emergencia, diríjase al proveedor de atención médica de CHIP o a la sala de emergencias más cercana. Si no puede conducir o no tiene transporte, llame al 9-1-1. Los servicios de salud conductual de FirstCare cuentan con personal que habla inglés y español. También contamos con servicios de interpretación.

Los servicios de salud conductual no están cubiertos para los miembros de FirstCare CHIP Perinate (niños por nacer).

Nuevas tecnologías

FirstCare siempre está buscando mejores maneras de corregir o mejorar la salud de nuestros miembros. Tenemos un comité de médicos que revisan la evidencia científica y hablan con los médicos en ejercicio para obtener la opinión de expertos.

Los nuevos tratamientos cubiertos por el programa CHIP se comparten con FirstCare. Si hay una nueva tecnología como:

- Un tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico
- Un procedimiento de cuidado de salud conductual
- Un equipo (por ejemplo, tomografías computadas)
- Un medicamento (fármaco)

Investigaremos si se ha comprobado que su uso es seguro y efectivo, y/o:

- Es saludable para nuestros miembros
- Corrige una enfermedad o lesión
- Mejora la salud de nuestros miembros

Área de servicio de FirstCare CHIP y CHIP Perinatal

Prestamos servicios a miembros que residen en los condados de Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher y Terry.



Tarjetas de identificación de los miembros de FirstCare

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE FIRSTCARE CHIP

Frente de la tarjeta (ejemplo)

Reverso de la tarjeta (ejemplo)



		Group (Grupo): Group # (N.º de grupo): Service Area (Área de servicio): Benefit Effective Date (Fecha efectiva de beneficios):
MEMBER INFO (Información del Miembro) Name (Nombre): JOHN SAMPLE Member # (N.º de miembro): SMPL0001 Sex (Sexo): DOB (Fecha de nacimiento): PCP (Proveedor de atención primaria) Name (Nombre): Effective Date (Fecha efectiva): Network (Red): Vea el dorso para obtener información adicional.	COPAYS (Copagos) Office Visit (Visita de la oficina): Inpatient Admission (Admisión hospitalaria): Emergency Room (Sala de emergencias): Rx Generic/Rx Brand (Rx genérico/coca/Rx marca): PHARMACISTS ONLY Navitus: 877-908-6023 BIN: 610602 PCN: MCD GRP: FCH	

FOR PROVIDERS Electronic Claims: <ul style="list-style-type: none"> Availity/Healthsmart: 94999 Change Healthcare P: TH003 I: 12T03 Paper Claims: FirstCare CHIP PO Box 211342 Eagan, MN 55121-1342	FOR MEMBERS In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your/your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. <ul style="list-style-type: none"> Customer Service: 877-839-2447 (TTY: 711) 24/7 Behavioral Health Crisis: 800-327-6943 24/7 Nurse Line: 855-828-1013 Self-Service Portal: myFirstCare.com Provider Directory: FirstCare.com/FindAProvider
Prior Authorization: is mandatory for inpatient elective admissions. For authorizations, call 800-884-4905 or go to FirstCare.com/CHIP.	PARA MIEMBROS En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después del tratamiento, llame a su médico o al médico de su niño/a dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible. <ul style="list-style-type: none"> Servicio al cliente: 877-839-2447 (TTY: 711) Línea para crisis de salud conductual 24/7: 800-327-6943 Línea de enfermeras 24/7: 855-828-1013 Portal de autoservicio: myFirstCare.com Directorio de proveedores: FirstCare.com/FindAProvider
Card Issue Date: 01/08/2025	FirstCare.com/CHIP

TARJETA DE ID DE RECIÉN NACIDO DE FIRSTCARE CHIP PERINATAL

Frente de la tarjeta (ejemplo)

Reverso de la tarjeta (ejemplo)

		Group (Grupo): Group # (N.º de grupo): Service Area (Área de servicio): Benefit Effective Date (Fecha efectiva de beneficios):
MEMBER INFO (Información del Miembro) Name (Nombre): JOHN SAMPLE Member # (N.º de miembro): SMPL0001 Sex (Sexo): DOB (Fecha de nacimiento): PCP (Proveedor de atención primaria) Name (Nombre): Effective Date (Fecha efectiva): Network (Red): Vea el dorso para obtener información adicional.	COPAYS (Copagos) \$0 PHARMACISTS ONLY Navitus: 877-908-6023 BIN: 610602 PCN: MCD GRP: FCH	

FOR PROVIDERS Electronic Claims: <ul style="list-style-type: none"> Availity/Healthsmart: 94999 Change Healthcare P: TH003 I: 12T03 Paper Claims: FirstCare CHIP PO Box 211342 Eagan, MN 55121-1342	FOR MEMBERS In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your/your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. <ul style="list-style-type: none"> Customer Service: 877-839-2447 (TTY: 711) 24/7 Behavioral Health Crisis: 800-327-6943 24/7 Nurse Line: 855-828-1013 Self-Service Portal: myFirstCare.com Provider Directory: FirstCare.com/FindAProvider
Prior Authorization: is mandatory for inpatient elective admissions. For authorizations, call 800-884-4905 or go to FirstCare.com/CHIP.	PARA MIEMBROS En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después del tratamiento, llame a su médico o al médico de su niño/a dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible. <ul style="list-style-type: none"> Servicio al cliente: 877-839-2447 (TTY: 711) Línea para crisis de salud conductual 24/7: 800-327-6943 Línea de enfermeras 24/7: 855-828-1013 Portal de autoservicio: myFirstCare.com Directorio de proveedores: FirstCare.com/FindAProvider
Card Issue Date: 01/08/2025	FirstCare.com/CHIP

TARJETA DE ID DE FIRSTCARE CHIP PERINATAL

Frente de la tarjeta (ejemplo)

Reverso de la tarjeta (ejemplo)

		Group (Grupo): Group # (N.º de grupo): Service Area (Área de servicio): Benefit Effective Date (Fecha efectiva de beneficios):
MEMBER INFO (Información del Miembro) Name (Nombre): JOHN SAMPLE Member # (N.º de miembro): SMPL0001 Sex (Sexo): DOB (Fecha de nacimiento): Network (Red): Vea el dorso para obtener información adicional.	PHARMACISTS ONLY Navitus: 877-908-6023 BIN: 610602 PCN: MCD GRP: FCH	

FOR PROVIDERS Electronic Claims: <ul style="list-style-type: none"> Availity/Healthsmart: 94999 Change Healthcare P: TH003 I: 12T03 Paper Claims: FirstCare CHIP PO Box 211342 Eagan, MN 55121-1342	FOR MEMBERS In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your/your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. <ul style="list-style-type: none"> Customer Service: 877-839-2447 (TTY: 711) 24/7 Behavioral Health Crisis: 800-327-6943 24/7 Nurse Line: 855-828-1013 Self-Service Portal: myFirstCare.com Provider Directory: FirstCare.com/FindAProvider
Prior Authorization: is mandatory for inpatient elective admissions. For Level (FPL), or: 1. TMHP (if 0-198% Federal Poverty Level (FPL)), or: 2. FirstCare Health Plans (if above 198% FPL)	PARA MIEMBROS En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después del tratamiento, llame a su médico o al médico de su niño/a dentro de las 24 horas o tan pronto como sea posible. <ul style="list-style-type: none"> Servicio al cliente: 877-839-2447 (TTY: 711) Línea para crisis de salud conductual 24/7: 800-327-6943 Línea de enfermeras 24/7: 855-828-1013 Portal de autoservicio: myFirstCare.com Directorio de proveedores: FirstCare.com/FindAProvider
Professional/Other Services Billing: FirstCare Health Plans (for all members regardless of FPL percentage)	Card Issue Date: 01/08/2025
	FirstCare.com/CHIP

Nota para los miembros: Las referencias a “usted”, “mi” 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 recién nacido de CHIP Perinatal.

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Cómo leer su tarjeta de identificación de miembro de FirstCare o la de su hijo

No. de grupo: Este es el número de grupo que se le asignó a usted o a su hijo como miembro de FirstCare.

Fecha de vigencia del beneficio: La fecha en que usted o su hijo se hizo miembro.

Nombre del miembro: Su nombre o el de su hijo.

No. de miembro: Su número de identificación de FirstCare o el de su hijo.

Fecha de nacimiento: Su fecha de nacimiento o la de su hijo registrada en FirstCare con el formato mes, día y año.

Nombre, número de teléfono y fecha de vigencia del proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo: Llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para todas sus necesidades médicas.

Copago: Si tiene que hacer copagos, se indican en la tarjeta de identificación.

Número gratuito de servicio al cliente: 1-877-639-2447.

Por favor asegúrese de leer el reverso de su tarjeta de identificación o la de su hijo. Allí se le indica que llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para programar sus citas. También se le indica que llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo antes de ir a un especialista y contiene información de emergencia.

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Cómo leer su tarjeta de identificación de miembro de FirstCare

No. de grupo: Este es el número de grupo asignado como miembro de FirstCare.

Fecha de vigencia del beneficio: Este es el día en que se convirtió en miembro de FirstCare.

Nombre del miembro: Su nombre.

No. de miembro: Su número de identificación de FirstCare.

Fecha de nacimiento: Su fecha de nacimiento registrada en FirstCare con el formato mes, día y año.

Número gratuito de servicio al cliente: 1-877-639-2447.

¿Cómo uso mi tarjeta de identificación o la de mi hijo?

Deberá mostrar su tarjeta de identificación o la de su hijo cada vez que usted o su hijo necesiten servicios de atención médica.

¿Cómo repongo una tarjeta de identificación perdida?

Llame al número gratuito de Servicio al Cliente de FirstCare, 1-877-639-2447.

¿Cuánto tiempo puedo usar mi tarjeta de identificación o la de mi hijo?

Su tarjeta de identificación de miembro de FirstCare o la de su hijo pueden seguir usándose en tanto usted o su hijo sean miembros de FirstCare CHIP o CHIP Perinatal. Si pierden la elegibilidad, usted o su hijo ya no estarán inscritos en FirstCare CHIP o CHIP Perinatal. Como miembro, sólo recibirá una tarjeta de identificación, a menos que la pierda o cambie de proveedor de atención primaria.

Lleve siempre con usted su tarjeta de identificación de FirstCare. Por favor asegúrese de leer el reverso de su tarjeta de identificación.

Proveedores de atención primaria PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Nota para los miembros: Las referencias a “usted”, “mi” 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 recién nacido de CHIP Perinatal.

¿Qué debo llevar a la cita con mi médico/el médico de mi hijo?

Lleve su tarjeta de identificación de FirstCare CHIP o CHIP Perinatal a la cita con su médico o el de su hijo. Necesitará esta tarjeta cada vez que vea a su médico o vaya a la farmacia.

Si necesita un intérprete de lenguaje de señas, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Qué es un proveedor de atención primaria?

Un proveedor de atención primaria puede ser un médico, un enfermero o una clínica que se ocupará de la mayor parte del cuidado de su salud. En el caso de los niños, el proveedor de atención primaria es un pediatra (médico de niños). También puede elegir un centro de salud con calificación federal (FQHC) o una clínica de salud rural (RHC) como su proveedor de atención primaria. Estas son clínicas aprobadas por el Gobierno Federal. Su proveedor de atención primaria llegará a conocerlos a usted y su familia. Programará sus controles regulares y lo tratará cuando esté enfermo. Su proveedor de atención primaria le dará recetas para sus medicamentos. También recibirá suministros médicos si los necesita. Su proveedor de atención primaria lo referirá a un médico especialista si usted lo necesita.

¿Cómo elijo a un proveedor de atención primaria?

Elija cuidadosamente a su proveedor de atención primaria. Su proveedor de atención primaria debe ser un proveedor de FirstCare CHIP; consulte nuestro Directorio de Proveedores. Cuando complete su formulario de inscripción, incluya el proveedor de

atención primaria que haya elegido. Hay un espacio en el formulario para anotar el nombre y el número de su proveedor.

Su proveedor de atención primaria será el médico que estará a cargo de su atención médica. Puede ver a especialistas, ir a hospitales y ver a otros proveedores de atención médica incluidos en el directorio. No necesita una referencia. Visitar a un mismo profesional para hacerse controles y consultarlo cuando está enfermo puede ayudar a su médico a controlar su salud.

Su proveedor de atención primaria podría dejar FirstCare CHIP. Si esto sucede y usted tiene preguntas, llame sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP). Nuestro horario de atención de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. hora del centro.

Directorio de Proveedores de FirstCare

El directorio de proveedores de FirstCare CHIP se encuentra en nuestro sitio web y se actualiza semanalmente. Usted puede consultar a cualquier médico o especialista incluido en el directorio. Para obtener información sobre farmacias, hospitales, especialistas y otros proveedores de la red FirstCare CHIP, puede llamarnos al 1-877-639-2447. Podemos ayudarlo respondiendo sus preguntas sobre las calificaciones de un médico o la universidad dónde estudió. Para consultar nuestro directorio, visite FirstCare.com/Find-a-Provider o FirstCare.com/CHIP-pharmacy.

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

Si no está satisfecho con su actual proveedor de atención primaria, llame sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare, 1-877-639-2447.

Usted podría cambiar de proveedor de atención primaria por estos motivos:

- Se mudó y su proveedor de atención primaria ya no está cerca de su casa.
- Tiene un proveedor de atención primaria que no eligió.
- No está satisfecho con su proveedor de atención primaria.
- Su proveedor de atención primaria ya no es un médico de FirstCare CHIP.
- Usted no se lleva bien con su proveedor de atención primaria.

Puede haber ocasiones en que FirstCare CHIP o CHIP Perinatal no pueda brindarle el proveedor de atención primaria que usted desea. Algunas razones por las que podría no obtener el proveedor de atención primaria que solicitó incluyen:

- El proveedor de atención primaria que usted eligió sólo atiende a pacientes de ciertos grupos de edades.
- El proveedor de atención primaria elegido no acepta pacientes nuevos.

Si esto ocurre, FirstCare lo ayudará a elegir a otro proveedor. FirstCare le informará cuándo puede comenzar a ver a su nuevo proveedor de atención primaria.

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

Sí, una clínica de salud rural (RHC) puede ser su proveedor de atención primaria o el de su hijo si es un proveedor de FirstCare CHIP. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para averiguar si una clínica es parte de la red de FirstCare.

Un centro de salud con calificación federal (FQHC) también puede ser su proveedor de atención primaria o el de su hijo si está incluido en el Directorio de Proveedores de FirstCare CHIP. Si necesita ayuda para encontrar una clínica, llame sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Puedo consultar a un médico que no sea proveedor de FirstCare?

Los médicos incluidos en nuestro directorio se comprometieron a aceptar pacientes de CHIP. Nuestro objetivo es brindarle atención médica de calidad y una excelente red de especialistas y proveedores de atención primaria

Si conoce a un médico que no está listado en nuestro directorio pero se encuentra en nuestra área de servicio, podemos pedirle que se una a nuestra red.

Si su médico dejó FirstCare y estaba tratándolo por una enfermedad, FirstCare puede seguir trabajando con su médico hasta que sus expedientes puedan ser transferidos a un nuevo médico de la red de FirstCare. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para encontrar un médico, llámenos al 1-877-639-2447.

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

No hay un límite de veces en las que pueda cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Usted puede cambiar de proveedor de atención primaria llamando sin cargo al 1-877-639-2447 o escribiendo a:

FirstCare CHIP
7005 Salem Park Drive, Suite #100
Lubbock, Texas, 79424

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi proveedor de atención primaria?

Si llama para cambiar su proveedor de atención primaria, el cambio se hará efectivo el mismo día en que llame.

¿Hay algún motivo por el que el pedido de cambio de proveedor de atención primaria pueda ser rechazado?

Podría ser rechazado por estos motivos:

- El proveedor de atención primaria que usted eligió sólo atiende a pacientes de ciertos grupos de edad.
- El proveedor de atención primaria sólo atiende a sus pacientes actuales.
- El proveedor de atención primaria no está en la red de FirstCare CHIP.

¿Puede mi proveedor de atención primaria cambiarme a otro proveedor por incumplimiento?

Su proveedor de atención primaria o especialista puede solicitar que lo cambiemos a otro médico. El proveedor debe tener motivos razonables.

Algunos de ellos pueden ser:

- Usted y su médico no se llevan bien.
- Usted es abusivo con el médico y/o el personal (los insulta o los ofende).
- No va a las citas y/o no llama para cancelarlas.
- No sigue los consejos de su médico.

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

No necesita una referencia para consultar a otros médicos de la red de FirstCare CHIP. Puede consultar a cualquier médico incluido en el Directorio de Proveedores de FirstCare CHIP.

¿Un especialista puede ser considerado un proveedor de atención primaria?

Si necesita un especialista para un problema de salud especial o desea ver a otro médico, su médico le dará una referencia. Los miembros con discapacidades, necesidades especiales de cuidado de la salud o condiciones complejas tienen derecho a ver a un especialista. Ese especialista puede actuar como su proveedor de atención primaria. Si necesita que un especialista sea su proveedor de atención primaria, llame a Servicio al Cliente de FirstCare.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo está cerrado?

Los consultorios de algunos médicos están abiertos hasta tarde y también durante los fines de semana. Compruebe si el consultorio del proveedor de atención primaria de su hijo está abierto fuera de horario o durante los fines de semana. Si su hijo se enferma por la noche o durante un fin de semana, llame al médico de su hijo. El médico de su hijo o alguien que atiende sus llamadas está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El médico de guardia responderá sus preguntas y lo ayudará, y podría pedirle que le explique qué le pasa a su hijo. Esté listo para decirle cómo se siente su hijo y cuánto tiempo hace que está enfermo. La enfermedad de su hijo podría tratarse en su casa o esperar hasta el día siguiente. Es posible que le digan que consulte al médico de su hijo al día siguiente. Si se trata de una emergencia, su médico o el personal de guardia le indicarán que lleve a su hijo a la sala de emergencias más cercana.

Plan de incentivos para médicos

La Organización de Cuidado Administrado (MCO) no puede realizar pagos según un plan de incentivos para médicos si dichos pagos están diseñados para inducir a los proveedores a limitar los servicios cubiertos médicamente necesarios para los

miembros. Por ahora, FirstCare no cuenta con ningún plan de incentivos para médicos.

Beneficios

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Nota para los miembros: Las referencias a “usted”, “mi” 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 recién nacido de CHIP Perinatal.

¿Cuáles son mis beneficios de CHIP?

Los beneficios de CHIP y CHIP Perinate para recién nacidos se explican en las páginas 12 a 30.

¿Cómo obtengo estos servicios para mí o para mi hijo?

Usted o su hijo podrán obtener estos servicios, cuando sean médicamente necesarios, a través de un proveedor de atención médica de FirstCare CHIP. Los servicios deben ser proporcionados dentro del entorno más apropiado y menos restrictivo posible en el cual los servicios puedan ofrecerse de manera segura. Si tiene preguntas, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Qué beneficios tendrá mi bebé al nacer?

La cobertura comienza el día en que nace el niño. Su bebé recibirá los beneficios de CHIP Perinatal para recién nacidos.

¿Hay algún límite para los servicios cubiertos?

Algunos de sus beneficios tienen límites. Si tiene preguntas sobre la limitación o los servicios cubiertos, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 o al 2-1-1.

¿Qué son los copagos?

Un copago es la cantidad de dinero que un miembro debe pagar cuando utiliza ciertos beneficios incluidos dentro del plan de atención médica.

¿Cuánto cuestan y cuándo debo pagarlos?

Las tarifas de inscripción y los copagos se basan en los ingresos de su familia. Las tarifas de inscripción son de \$50 o menos por familia cada año. Los copagos por visitas médicas y medicamentos con receta van de \$3 a \$5 para familias de bajos ingresos y de \$20 a \$35 para familias de ingresos más altos.

La siguiente tabla muestra los costos compartidos de CHIP y el programa de copagos. Los copagos para el médico o la farmacia se deben pagar en el momento de recibir el servicio. Una vez que se realiza el copago, el miembro no necesita hacer ningún pago adicional.

No se cobran copagos por atención preventiva o servicios relacionados con el embarazo. Estos servicios incluyen controles rutinarios y/o inyecciones para

niños o bebés. Los amerindios estadounidenses y los indígenas de Alaska no tienen copagos. En la tarjeta de identificación de FirstCare CHIP de su hijo, se enumeran los copagos que se aplican a su familia. Muestre su tarjeta de identificación o la de su hijo al recibir atención médica o medicamentos. Si tiene preguntas, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

Nivel federal de pobreza (FPL)	Visitas a consultorio (no preventivas)	Sin carácter de emergencia	Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca	Paciente internado con copago en un centro (por admisión)	Tope de costos compartidos	Tarifas de inscripción (para un período de inscripción de 12 meses)
Hasta 151%	\$5	\$5	\$0	\$5	\$35	5%* (del ingreso familiar)	\$0
Más del 151% y hasta 186%	\$20	\$75	\$10	\$35	\$75	5%* (del ingreso familiar)	\$35
Más del 186% y hasta 202%	\$25	\$75	\$10	\$35	\$125	5%* (del ingreso familiar)	\$50

* por un período de cobertura de 12 meses

Servicios de hospital agudos generales y de rehabilitación para pacientes internados

Beneficios cubiertos

Algunos servicios incluyen:

- Servicios médicos o de proveedores proporcionados por el hospital.
- Habitación semiprivada y comida (o habitación privada si es médicamente necesaria según lo certificado por el médico tratante).
- Cuidado general de enfermería.
- Enfermería especial cuando sea médicamente necesaria.
 - Servicios y Unidad de Cuidados Intensivos (ICU).
- Comidas para miembros y dietas especiales.
- Salas de operación, de recuperación y de otros tratamientos.
- Anestesia y administración (componente técnico del centro).
- Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos y férulas.
- Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas.
- Sangre o hemoderivados que no se proveen sin cargo al miembro y la administración de estos productos.
- Radiografías, estudios de imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro).
- Servicios de laboratorio y patología (componente técnico del centro).
- Exámenes de diagnóstico por equipos (EEG, EKG, etc.).
- Servicios de oxígeno y terapia de inhalación.
- Radiación y quimioterapia.
- Acceso a centros u hospitales perinatales de Nivel III designados por

el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) que ofrezcan niveles equivalentes de atención médica.

- Servicios médicos o de centros médicos, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios de hospital, médicos y servicios médicos relacionados, como anestesia, asociados con el cuidado dental.
- Servicios para pacientes ambulatorias 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 pacientes internadas asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, entre otros:
 - Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
 - Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;
 - Ecografías;
 - Examen histológico de muestras de tejido.
- Implantes quirúrgicos.
- Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.
- Los servicios para pacientes internadas por mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;
 - prótesis mamaria externa para la mama en que se haya realizado el procedimiento de mastectomía médicamente necesario;
 - cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
 - tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.
- Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no se consideran para el límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).
- Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y proporcionados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar:
 - labio y/o paladar hendidos;
 - desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves;
 - asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.

Limitaciones

FirstCare puede requerir autorización previa para:

- Atención médica sin carácter de emergencia y luego de la

- estabilización de una condición de emergencia; y
- Servicios médicos o de centros médicos, dentro o fuera de la red, para una madre y su hijo o hijos recién nacidos, luego de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.

Centros de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)

Beneficios cubiertos

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Habitación semiprivada y comida.
- Servicios de enfermería regulares.
- Servicios de rehabilitación.
- Suministros médicos y uso de aparatos y equipos proporcionados por el centro.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización y prescripción médica.
- La cobertura está limitada a 60 días por período de cobertura de 12 meses.

Hospital para pacientes ambulatorios, hospital de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria

Beneficios cubiertos

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:

- Radiografías, estudios de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)
- Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)
- Exámenes de diagnóstico mediante equipos
- Servicios de centro de cirugía ambulatoria
- Fármacos, medicamentos y sustancias biológicas.
- Yesos, férulas y vendajes
- Servicios de salud preventivos
- Terapia ocupacional, física y del habla
- Diálisis renal
- Servicios respiratorios
 - Radiación y quimioterapia.
- Sangre o hemoderivados que no se ofrecen sin cargo al miembro y la administración de estos productos
- Servicios para pacientes ambulatorias 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 espontáneo o embarazo no

viable, incluyen entre otros:

- Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
- Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;
- Ecografías;
- Examen histológico de muestras de tejido.
- Servicios médicos del centro y servicios relacionados como anestesia, asociados con el cuidado dental, cuando se ofrecen en un centro quirúrgico ambulatorio licenciado.
- Implantes quirúrgicos.
- Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos.
- Los servicios ambulatorios proporcionados en un hospital ambulatorio o centro de cuidado de la salud ambulatorio para mastectomía y reconstrucción mamaria según sea clínicamente apropiado, incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;
 - prótesis mamaria externa para la mama en que se haya realizado el procedimiento de mastectomía médicamente necesario;
 - cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
 - tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.
- Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y ambulatorios, y no se consideran para el límite de 12 meses de los DME.
- Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y proporcionados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar:
 - labio y/o paladar hendidos;
 - desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o
 - asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa y prescripción médica.

Servicios profesionales de médicos o auxiliares médicos

Beneficios cubiertos

Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Controles rutinarios del niño y servicios de salud preventivos recomendados por la Academia Americana de Pediatría (lo cual incluye, entre otros, exámenes de detección de la visión y la audición e inmunizaciones).
- Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internados o

ambulatorios

- Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes y servicios de patología, lo cual incluye el componente técnico y/o la interpretación profesional
- Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio médico
- Pruebas de alergia, suero e inyecciones
- Componente profesional (internado/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, lo cual incluye:
 - Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos, lo cual incluye un cuidado de seguimiento apropiado
 - Administración de anestesia por un médico (distinto del cirujano) o una enfermera anestesista registrada y certificada (CRNA)
 - Segundas opiniones quirúrgica
 - Cirugía ambulatoria realizada en un hospital sin quedarse durante la noche
 - Procedimientos de diagnóstico invasivos, tales como exámenes endoscópicos
- Servicios médicos hospitalarios (incluidos los componentes técnicos e interpretativos realizados por un médico).
- Los servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada;
 - prótesis mamaria externa para la mama en que se haya realizado el procedimiento de mastectomía médicamente necesario;
 - cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
 - tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas.
- Servicios médicos o de centros médicos, dentro o fuera de la red, para una madre y su recién nacido, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
- Servicios médicos asociados con (a) un aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto sin vida en el útero). Los servicios médicos asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, entre otros:
 - Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
 - Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;
 - Ecografías;
 - Examen histológico de muestras de tejido.
- Servicios médicos médicamente necesarios para respaldar a un dentista que proporciona servicios dentales a un miembro de CHIP, como anestesia general o sedación intravenosa.
- Servicios de ortodoncia prequirúrgicos o postquirúrgicos para el

tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y proporcionados como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar:

- labio y/o paladar hendidos;
- desviaciones craneofaciales esqueléticas y/o congénitas traumáticas graves; o
- asimetría facial grave secundaria a defectos esqueléticos, condiciones de síndromes congénitos y/o crecimiento tumoral o su tratamiento.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa para servicios médicos especializados.

Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares preembarazo

Beneficios cubiertos

El cuidado prenatal y médicamente necesario cubierto, ilimitado y asociado a enfermedades, afecciones o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo, así como las limitaciones y exclusiones para estos servicios, se describen en los servicios para pacientes internados, ambulatorios y médicos.

Los beneficios de salud primarios y preventivos no incluyen los servicios y suministros de reproducción familiar antes del embarazo, o medicamentos recetados sólo para los fines de cuidado de la salud reproductiva primaria y preventiva.

Servicios del centro de maternidad

Beneficios cubiertos

Cubre servicios de maternidad provistos por un centro de maternidad licenciado. Limitado a servicios del centro (por ejemplo, atención de trabajo de parto y alumbramiento).

Limitaciones

- Se aplica sólo a los miembros de CHIP.

Servicios prestados por un médico o enfermera partera certificada en un centro de maternidad licenciado

Beneficios cubiertos

Miembros de CHIP: Cubre servicios prenatales y servicios de maternidad prestados en un centro de maternidad con licencia.

Miembros recién nacidos de CHIP Perinate: Cubre los servicios prestados a un recién nacido inmediatamente después del parto.

Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables

Beneficios cubiertos

Límite de \$20,000 por período de 12 meses para DME, dispositivos protésicos y suministros médicos descartables (los suministros y equipos para la diabetes no se consideran parte de este límite) Los servicios incluyen el DME (equipo que puede soportar un uso repetido, y se utiliza principal y habitualmente con fines médicos; en general no suele ser útil para una persona que no tenga una enfermedad, lesión o discapacidad, y es apropiado para su uso en el hogar), y dispositivos y suministros que son médicamente necesarios, se requieren para una o más actividades de la vida diaria, y son apropiados para ayudar con el tratamiento de una condición médica, lo cual incluye:

- Aparatos ortopédicos y ortóticos.
- Dispositivos dentales.
- Dispositivos protésicos como ojos artificiales, aparatos para las extremidades y prótesis mamarias externas.
- Anteojos y lentes de contacto protésicos para el tratamiento de una enfermedad oftalmológica grave.
- Audífonos.
- Suministros médicos descartables para un diagnóstico específico, lo cual incluye fórmula especializada recetada para un diagnóstico específico y suplementos dietéticos.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa y prescripción médica.

Nota para los miembros: Los DME y los suministros NO son un beneficio cubierto para miembros de CHIP Perinate (niños por nacer), con excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, cuando sean obtenidos de un proveedor de farmacia autorizado.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Vendas Ace		x	Excepción: Si son suministradas y facturadas a través de la clínica o agencia de cuidado en el hogar, están cubiertas como artículos secundarios.
Alcohol de fricciones		x	Suministro de venta libre.
Gasa con alcohol (diabetes)	x		Suministro de venta libre no cubierto, a menos que se compre con receta.
Gasa con alcohol	x		Se cubre únicamente cuando se utiliza con terapia intravenosa o kits/suministros para catéter venoso.
Epinefrina Ana-Kit	x		Kit de autoinyección utilizado por miembros sumamente alérgicos a

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
			las picaduras de abejas.
Cabestrillo para brazo	x		Suministrado como parte de la visita al consultorio.
Attends (pañales)	x		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se indique en un plan de tratamiento.
Vendas		x	
Termómetro basal		x	Suministro de venta libre.
Baterías (inicial)	x		Para artículos de DME cubiertos.
Baterías (reemplazo)	x		Para DME cubierto cuando el reemplazo es necesario debido al uso normal.
Betadine		x	Ver <i>Suministros para terapia intravenosa</i> .
Libros		x	
Clinitest	x		Para monitorización de diabetes.
Bolsas de colostomía			Ver <i>Suministros para ostomía</i> .
Dispositivos de comunicación		x	
Jalea anticonceptiva		x	Suministro de venta libre. Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Casco craneal		x	
Dispositivos dentales	x		Cobertura limitada a dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Suministros para la diabetes	x		Solución para calibración del monitor, jeringas de insulina, agujas, lancetas, dispositivo de punción y tiras de glucosa.
Pañales/calzones para incontinencia urinaria/paños absorbentes	x		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
			indique en un plan de tratamiento.
Diafragma		x	Los anticonceptivos no están cubiertos por el plan.
Diastix	x		Para monitorización de diabetes.
Dieta, especial		x	
Agua destilada		x	
Suministros para vendajes/catéter venoso	x		Jeringas, agujas, Tegaderm, gasa con alcohol, gasa o ungüento con Betadine, cinta adhesiva. Muchas veces, estos artículos se ofrecen en un kit que incluye todos los elementos necesarios para cambiar un vendaje.
Suministros para vendajes/decúbito	x		Sólo tiene cobertura en caso de cuidados cubiertos en el hogar para el cuidado de heridas.
Suministros para vendajes/terapia intravenosa periférica	x		Sólo tiene cobertura en caso de terapia intravenosa en el hogar.
Suministros para vendajes/otros		x	
Máscara contra el polvo		x	
Moldes para el oído	x		Hechos a medida, posteriores a la cirugía del oído interno o medio.
Electrodos	x		Tienen cobertura cuando se utilizan con un DME cubierto.
Suministros para enemas		x	Suministro de venta libre.
Suministros para nutrición enteral	x		Todos los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, tubos, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para cobertura. No están cubiertos los productos para nutrición enteral, excepto los recetados para trastornos metabólicos hereditarios, disfunción o enfermedad de las estructuras

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
			que normalmente permiten a los alimentos llegar al intestino delgado, o por problemas de absorción debido a una enfermedad.
Parches oculares	x		Cobertura de pacientes con ambliopía.
Fórmula		x	<p>Excepción: Elegible para cobertura solo para trastornos metabólicos hereditarios crónicos, tales como una disfunción o enfermedad de las estructuras que normalmente permiten que los alimentos lleguen al intestino delgado, o malabsorción debida a una enfermedad (cuya duración prevista sea superior a 60 días, sea recetada por el médico y autorizada por el plan). La documentación médica para justificar la receta de fórmula debe incluir:</p> <p>Identificación de un trastorno metabólico, disfagia que resulta en una necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrostomía o enfermedad que resulta en una malabsorción que requiere un producto nutricional médicamente necesario.</p> <p>No incluye la fórmula: Para miembros que puedan alimentarse con una dieta apropiada para su edad. Tradicionalmente utilizada para la alimentación infantil. En forma de pudín (excepto para personas con disfunción motora orofaríngea documentada que reciben más del 50% de su ingesta calórica diaria con este producto). Para el diagnóstico primario de retraso del desarrollo, fracaso en aumentar de peso o falta de</p>

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
			<p>crecimiento, o para bebés menores de doce meses, a menos que se documente su necesidad médica y se cumplan los otros criterios listados anteriormente.</p> <p>No están cubiertos los espesantes de alimentos, alimentos para bebés u otros productos comestibles normales que pueden licuarse y usarse con un sistema enteral pero que no son médicamente necesarios, ya sea que dichos productos alimenticios normales se tomen por vía oral o parenteral.</p>
Guantes		x	Excepción: Vendajes para catéter venoso o cuidado de heridas suministrado por una agencia de cuidado en el hogar.
Peróxido de hidrógeno		x	Suministro de venta libre.
Artículos de higiene		x	
Apósitos para incontinencia	x		Cobertura limitada a niños a partir de los 4 años únicamente cuando son recetados por un médico y empleados para ofrecer cuidados por un diagnóstico cubierto, tal como se indique en un plan de tratamiento.
Suministros para bomba de insulina (externa)	x		Si la bomba es un dispositivo cubierto, los suministros (como equipos de infusión, depósito de inyección y vendajes, etc.) son elegibles para cobertura.
Equipos de irrigación para cuidado de heridas	x		Tienen cobertura en caso de atención en el hogar cubierta para el cuidado de heridas.
Equipos de irrigación urinaria	x		Tienen cobertura para personas que tengan una sonda vesical permanente.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Suministros para terapia intravenosa	x		Tubos, filtros, casetes, postes de soporte para terapia intravenosa, gasa con alcohol, agujas, jeringas y otros suministros relacionados necesarios para la terapia intravenosa en el hogar.
K-Y Jelly		x	Suministro de venta libre.
Dispositivo de lanceta	x		Limitado a un solo dispositivo.
Lancetas	x		Tienen cobertura para personas con diabetes.
Med Ejector	x		
Agujas y jeringas/diabetes			<i>Ver Suministros para la diabetes.</i>
Agujas y jeringas/catéter venoso y vía intravenosa			Ver Suministros para terapia intravenosa y Suministros para vendajes/catéter venoso.
Agujas y jeringas/otros	x		Tienen cobertura si un medicamento intramuscular o subcutáneo es administrado en el hogar.
Salina normal, solución			Ver Solución salina, normal
Novopen	x		
Suministros para ostomía	x		Los productos elegibles para cobertura incluyen: cinturón, estuche, bolsas, oblea, placa frontal, parte móvil, barrera, filtro, junta, tapón, kit de irrigación/manga, cinta, preparación de la piel, adhesivos, sets de drenaje, productos para remover el adhesivo y desodorante para la bolsa. Los productos no elegibles para la cobertura incluyen: tijeras, desodorantes de ambiente, limpiadores, guantes de goma, gasas, cubiertas para la bolsa, jabones y lociones.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Nutrición parenteral/suministros	x		Todos los suministros necesarios (por ejemplo, tubos, filtros, conectores, etc.) son elegibles para cobertura cuando el plan de salud ha autorizado la nutrición parenteral.
Solución salina normal	x		Elegible para cobertura cuando se utiliza: para diluir medicamentos en tratamientos con nebulizador; como parte del cuidado en el hogar cubierto para el cuidado de heridas; o para irrigación con una sonda vesical permanente.
Manga para muñón	x		
Calcetines para muñón	x		
Catéteres de aspiración	x		
Jeringas			Ver Agujas/jeringas.
Cinta adhesiva			Ver Suministros para vendajes, Suministros para ostomía, Suministros para terapia intravenosa.
Suministros para traqueostomía	x		Son elegibles para cobertura las cánulas, sondas, cierres, fundas, kits de limpieza, etc.
Paños absorbentes			Ver Pañales/calzones para incontinencia urinaria/paños absorbentes.
Venda tipo bota Unna	x		Elegible para cobertura como parte del cuidado de heridas en el hogar. Cargo accesorio cuando se aplica durante una visita de consultorio.
Catéter urinario externo y suministros		x	Excepción: Cubierto cuando es utilizado por un hombre incontinente en quien la lesión de la uretra le impide usar una sonda vesical permanente, si es solicitado por el médico de atención primaria y aprobado por el plan.

Suministros	Cubiertos	Excluidos	Comentarios/Disposiciones del contrato del miembro
Sonda vesical permanente y suministros	x		Cubre el catéter, bolsa de drenaje con tubo, bandeja de inserción, equipo de irrigación y solución salina normal si es necesario.
Sonda urinaria, uso intermitente	x		Cubre los suministros necesarios para cateterización intermitente o directa.
Kit para análisis de orina	x		Cuando se decide que es médicamente necesario.
Suministros para urostomía	x		Ver Suministros para ostomía.

Servicios de salud comunitarios y en el hogar

Beneficios cubiertos

Servicios provistos en el hogar y la comunidad, lo cual incluye, entre otros:

- Infusión en el hogar.
- Terapeutas respiratorios.
- Visitas de enfermería privada, tales como una enfermera registrada (RN) o enfermera ocupacional con licencia (LVN).
- Visitas de enfermería especializada según lo definido con fines de salud en el hogar (puede incluir una enfermera RN o LVN)
- Ayuda de salud en el hogar cuando se incluye como parte de un plan de cuidado durante un período en el que se han aprobado visitas especializadas.
- Terapia del habla, física y ocupacional.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa y prescripción médica.
- Los servicios no procuran sustituir al cuidador del niño ni proporcionarle relevo.
- Las visitas de enfermería especializada se ofrecen en un nivel intermitente y no procuran proporcionar servicios de enfermería especializada las 24 horas.
- Estos servicios no procuran reemplazar los servicios para pacientes internados las 24 horas o de un centro de enfermería especializada.

Servicios de salud mental para pacientes internados

Beneficios cubiertos

- Servicios de salud mental, incluidos aquellos para enfermedades mentales graves, proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente, unidades psiquiátricas de hospitales de cuidado agudo general y centros estatales.

- Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas.
- Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados son ordenados:
 - por un tribunal de jurisdicción competente, de conformidad con los Capítulos 573, Subcapítulos B y C o Capítulo 574, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o
 - como condición para la libertad condicional.

La orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del Manual de Cuidado Administrado Uniforme (UMCM).

- No requiere aprobación del proveedor de atención primaria.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa para servicios sin carácter de emergencia.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Beneficios cubiertos

- Los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, incluido el tratamiento de enfermedades mentales graves, comprenden los siguientes:
 - Visitas en una variedad de ambientes comunitarios (como entornos escolares y domiciliarios) y en centros operados por el estado.
 - Evaluaciones neuropsicológicas y psicológicas.
 - Administración de medicamentos
 - Tratamientos de rehabilitación diurnos
 - Servicios de tratamiento residencial
 - Servicios para pacientes ambulatorios subagudos (hospitalización parcial o tratamiento diurno de rehabilitación)
 - Capacitación de habilidades (desarrollo de habilidades psicoeducativas)
- Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios son ordenados:
 - por un tribunal de jurisdicción competente, de conformidad con los Capítulos 573, Subcapítulos B y C o Capítulo 574, Subcapítulos A a G del Código de Salud y Seguridad de Texas, o con el Capítulo 55, Subcapítulo D del Código de Familia de Texas; o
 - como condición para la libertad condicional.
- La orden judicial sirve como determinación vinculante de necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación. Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del Manual de Cuidado

Administrado Uniforme (UMCM).

- El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) define al proveedor de servicios de salud mental calificado para servicios comunitarios (QMHP-CS) en el Título 25, Sección 412.303 (48) del Código Administrativo de Texas. , Los QMHP-CS son proveedores que trabajan a través de un organismo de salud mental local o un organismo independiente, ambos contratados por el DSHS. Los QMHP-CS deben ser supervisados por un médico o profesional de la salud mental con licencia y ofrecen servicios según las normas del DSHS. Esos servicios incluyen capacitación en habilidades individuales y grupales (que pueden ser componentes de intervenciones, tales como tratamientos diurnos y servicios en el hogar), educación del miembro y su familia, y servicios de crisis.
- No requiere aprobación del proveedor de atención primaria.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa.
- Visitas en una variedad de ambientes comunitarios (como entornos escolares y domiciliarios) y en centros operados por el estado.

Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias

Beneficios cubiertos

Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales, que incluyen desintoxicación y estabilización de crisis, y programas de rehabilitación residencial durante las 24 horas.
- Cuando los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales sean solicitados como:
 - Una orden judicial, de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o bien
 - Una condición para la libertad condicional.
- La orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación.
 - Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del Manual de Cuidado Administrado Uniforme (UMCM).
- No requiere aprobación del proveedor de atención primaria.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa para servicios sin carácter de emergencia.

Servicios de tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Beneficios cubiertos

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Servicios de prevención e intervención de proveedores médicos y no médicos, tales como detección, evaluación y referidos o referencias por trastornos de dependencia química.
- Servicios ambulatorios intensivos.
- Hospitalización parcial.
- El tratamiento intensivo ambulatorio se define como un servicio organizado no residencial que ofrece terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida diaria, y que consiste en no menos de 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día.
- El tratamiento intensivo ambulatorio se define como un servicio de al menos 1 a 2 horas semanales que ofrece terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida.
- Cuando los servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias como paciente ambulatorio sean solicitados como:
 - Una orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas; o
 - Una condición para la libertad condicional, cuando la orden judicial sirve como determinación vinculante de la necesidad médica. Cualquier modificación o cancelación debe presentarse ante el tribunal competente para su determinación.
 - Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro está encarcelado, según lo define la Sección 16.1.15.2 del Manual de Cuidado Administrado Uniforme (UMCM).
- No requiere una referencia del proveedor de atención primaria.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa.

Servicios de rehabilitación

Beneficios cubiertos

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Los servicios de recuperación funcional (proceso mediante el cual se brinda a un niño los medios para alcanzar las etapas del desarrollo apropiadas para su edad mediante terapia o tratamiento) y los servicios de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes:
 - Terapia ocupacional, física y del habla
 - Evaluaciones del desarrollo.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa y prescripción médica.

Servicios de cuidado de hospicio

Beneficios cubiertos

Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Cuidados paliativos, incluidos servicios médicos y de apoyo, para niños con una esperanza de vida de 6 meses o menos, a fin de mantenerlos confortables durante sus últimas semanas y meses de vida.
- Servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con una enfermedad terminal.
- Hasta un máximo de 120 días, con una esperanza de vida de 6 meses.
- Los miembros que eligen servicios de hospicio pueden cancelar esta elección en cualquier momento.
- Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio.

Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia

Beneficios cubiertos

En condiciones de emergencia o durante el trabajo de parto y el nacimiento, el plan de salud no puede exigir la autorización como condición de pago. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de emergencia, según la definición de “condición médica de emergencia” de una persona común y prudente.
- Servicios de sala de emergencias, servicios complementarios y servicios médicos durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, tanto por proveedores dentro de la red como fuera de la red.
- Exámenes de diagnóstico médico.
- Servicios de estabilización.
- Acceso a hospitales o centros de traumatismo de Niveles I y II designados por el DSHS con niveles equivalentes de atención médica en cuanto a servicios de emergencia.
- Transporte de emergencia por tierra, aire o agua.
- Servicios dentales de emergencia, limitados a mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático a los dientes, extirpación de quistes y tratamiento de abscesos en dientes o encías.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización para servicios de postestabilización.

Trasplantes

Beneficios cubiertos:

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Según las pautas más actuales de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos no experimentales y todas las formas de trasplante de

córnea, médula ósea y células madre periféricas no experimentales, incluidos los gastos médicos del donante.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa.

Beneficios de visión

Beneficios cubiertos:

El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de marcos y lentes. Algunos servicios incluyen:

- Un examen de ojos para diagnosticar la necesidad de lentes correctivos y la correspondiente receta por un período de 12 meses, sin autorización.
- Un par de anteojos no protésicos por período de 12 meses.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir una autorización para lentes de protección y policarbonato y, cuando sea médicamente necesario, como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas.

Servicios quiroprácticos

Beneficios cubiertos:

Los servicios no requieren prescripción médica y se limitan a subluxaciones vertebrales.

Limitaciones

- Limitados a 12 visitas por cada período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades ofrecidas en una sola visita).
- FirstCare puede requerir una autorización para visitas adicionales.

Programa antitabaco

Beneficios cubiertos:

Cubierto hasta \$100 por un período límite de 12 meses para un programa aprobado por el plan.

- El plan de salud define cuál es el programa aprobado por el plan.
- Puede estar sujeto a requisitos de medicamentos cubiertos.

Limitaciones

- FirstCare puede requerir autorización previa para utilizar la lista de medicamentos cubiertos.

Servicios de coordinación de servicios

Beneficios cubiertos:

Estos servicios incluyen información de contacto, administración de casos, coordinación de la atención médica y referencias comunitarias.

Beneficios de medicamentos

Beneficios cubiertos:

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y
- Medicamentos y productos biológicos provistos como paciente internado.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Tratamientos de infertilidad como paciente hospitalizado y ambulatorio o servicios reproductivos distintos del cuidado prenatal, trabajo de parto y alumbramiento y atención relacionada con enfermedades, malestares o anomalías relacionadas con el sistema reproductivo.
- Medicamentos anticonceptivos recetados sólo con el propósito de atender principal y preventivamente el cuidado de la salud reproductiva (es decir que no deben haber sido recetados para planificación familiar).
- 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 miembro y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de una enfermedad o lesión.
- Procedimientos o servicios experimentales y/o de investigación médica, quirúrgica o de otro tipo para el cuidado de la salud que generalmente no son empleados ni reconocidos dentro de la comunidad médica.
- Tratamiento o evaluaciones requeridas por terceros, incluidos, entre otros, aquellos destinados a escuelas, empleos, autorizaciones de vuelo, campamentos, seguros o tribunales sin jurisdicción competente, de conformidad con el Capítulo 573, Subcapítulos B y C, el Capítulo 574, Subcapítulo D y el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas, y con el Capítulo 55, Subcapítulo D del Código de Familia de Texas.
- Servicios de enfermería privada cuando se prestan a pacientes que están hospitalizados o internados en un centro de enfermería especializada.
- Dispositivos mecánicos para el reemplazo de órganos; entre otros, un corazón artificial.
- Servicios y suministros hospitalarios cuando la hospitalización se realiza únicamente con propósitos de exámenes de diagnóstico, a menos que cuente con la autorización previa de FirstCare.
- Exámenes de próstata y mamografías.
- Cirugía programada para corregir la visión.
- Procedimientos gástricos para perder peso.
- Cirugías y servicios cosméticos exclusivamente con fines cosméticos.

- Dispositivos dentales exclusivamente con fines cosméticos.
- Servicios fuera de la red no autorizados por FirstCare Health Plans, a excepción de atención de emergencia y servicios médicos para una madre y su bebé o bebés recién nacidos, por un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones, y servicios provistos por un centro de salud con calificación federal (FQHC), tal como se establece en la Sección 8.1.22 del Contrato de Atención Administrada Uniforme (UMCC).
- Servicios, suministros, sustitutos de alimentos o suplementos ofrecidos para controlar el peso o para tratar la obesidad, a excepción de los servicios asociados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por FirstCare.
- 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 el tratamiento quirúrgico de las condiciones subyacentes de callos, callosidades y uñas encarnadas).
- Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida cuando hayan sido confirmados por el miembro o el proveedor.
- Zapatos ortopédicos correctivos.
- Artículos de conveniencia.
- Aparatos ortopédicos principalmente con propósitos atléticos o recreativos.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a un niño con las actividades de la vida diaria, tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño, preparar una dieta especial y supervisar los medicamentos que suelen autoadministrarse o ser administrados por uno de los padres. Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Mantenimiento.
- Servicios y atención médica en instalaciones públicas por condiciones médicas que las leyes federales, estatales o locales exigen sean brindados en un establecimiento público o atención médica provista bajo la custodia de autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de una enfermera que no requieren la preparación y capacitación de una enfermera.
- Entrenamiento de la visión y terapia de la visión.
- Los reembolsos por servicios escolares de fisioterapia, terapia

ocupacional o terapia del habla no están cubiertos, excepto cuando son solicitados por un médico/proveedor de atención primaria.

- Gastos no médicos de donantes.
- Cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud.
- Cobertura mientras esté de viaje fuera de los Estados Unidos y territorios estadounidenses (tales como Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, el Commonwealth de las Islas Marianas del Norte, Guam y la Samoa Americana).

¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?

Usted obtendrá sin límites los medicamentos con receta que sean médicamente necesarios. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, actualizaciones y limitaciones, visite txvendordrug.com.

¿Qué beneficios adicionales ofrece FirstCare?

Todos los miembros elegibles de FirstCare pueden recibir los siguientes beneficios servicios de valor añadido:

- Seminarios web sobre bienestar – Los miembros de FirstCare pueden acceder a los seminarios web trimestrales sobre bienestar a través del Portal para Miembros de FirstCare.
- Línea de enfermeras durante las 24 horas – Los miembros de FirstCare pueden hablar con una enfermera llamando al 1-855-828-1013. Obtenga respuestas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Se dispone de información en inglés y en español. Servicios de interpretación disponibles a pedido. Los usuarios de TTY pueden llamar al 7-1-1 o al 1-800-955-8771. Las llamadas de voz pueden hacerse al 1-800-955-8770.
 - Exámenes físicos anuales para deportes y la escuela – Los miembros de hasta 19 años pueden hacerse un examen de aptitud deportiva una vez al año con un proveedor de la red. Los miembros deben estar al día con sus controles rutinarios del niño.

Programa de gestión del embarazo “Expecting the Best®” (vea el volante en la página 89)

- Inscripción anticipada en el programa de apoyo a la coordinación de servicios
 - Acceso a una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - Mensajes de texto educativos durante todo el embarazo y el primer año del bebé
 - Planificación del parto, que incluye apoyo personalizado durante el embarazo y después del embarazo
 - Diagnóstico de la depresión postparto después del nacimiento
 - Educación parental para la salud del recién nacido
 - Cómo planificar la vuelta al trabajo
- Fiesta de bienvenida de bebés o baby shower de FirstCare – Las nuevas mamás pueden obtener una bolsa de pañales y artículos

pequeños por participar en una fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de FirstCare. Esta fiesta de bienvenida se realizará en lugares y horarios establecidos. FirstCare notificará a todas las futuras mamás los detalles de las fiestas de bienvenida de bebés o baby showers. Las participantes están limitadas a una bolsa de pañales con artículos pequeños y obsequios por cada embarazo y pueden asistir a tantos baby showers como deseen. En estas reuniones se incluirá información sobre la salud, recursos comunitarios, actividades y meriendas saludables.

- Tarjeta de regalo de \$25 para miembros de hasta 20 años de edad – Los miembros de hasta 20 años de edad que se hagan controles rutinarios de salud oportunos pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25. Los miembros deberán completar un vale, disponible en línea en FirstCare.com, o llamar a Servicio al Cliente de FirstCare. Limitado a una tarjeta de regalo por miembro y por año. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes a su control rutinario del niño.
- Tarjeta de regalo de \$20 por cita de seguimiento luego del alta de salud conductual como paciente internado – Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de \$20 por una visita de seguimiento a los 7 días con su médico de salud conductual después de recibir el alta de salud conductual o salud mental del hospital. Los miembros deben mantener su membresía en FirstCare durante todas sus visitas. El vale para tarjetas de regalo está disponible en línea en FirstCare.com o llamando a Servicio al Cliente de FirstCare para más información. Los miembros deben solicitar esta tarjeta de regalo dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que ocurre el evento calificador.
- Programa de control del asma – Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 por participar activamente en la coordinación de servicios del asma, cuando la enfermedad está controlada deficientemente o muy mal controlada (niveles 2 o 3). Los miembros pueden solicitar esta tarjeta de regalo a su Coordinador de Servicios de FirstCare. Límite de una tarjeta por año. Para más información, llame a Servicio al Cliente de FirstCare.
- Un viaje mensual para que los miembros vayan a la tienda de comestibles, a las citas de WIC, a las clases de educación para la salud, a los gimnasios, a las capacitaciones profesionales, a las entrevistas de trabajo, a las reuniones de grupos de autoayuda, a los lugares de culto o servicios religiosos, a las clases de embarazo/parto, a las clases para recién nacidos, a las clases de RCP/primeros auxilios, o a las fiestas de bienvenida de bebés o baby showers de FirstCare.

¿Cómo puedo obtener esos beneficios para mí o mi hijo?

Por favor llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 para obtener los beneficios adicionales para la salud y el bienestar.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece FirstCare?

Los miembros de FirstCare pueden acceder a los seminarios web trimestrales sobre bienestar a través del Portal para Miembros de FirstCare.

Cuidado de rutina, urgente y de emergencia PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Nota para los miembros: Las referencias a “usted”, “mi” y “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP o CHIP Perinatal (niño por nacer). Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” se aplican si su hijo(a) es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros de CHIP Perinate Newborn, y los miembros de CHIP Perinatal deben cumplir la definición de CHIP de ser “medicamente necesarios”. Un miembro por nacer de CHIP Perinate es un niño que aún no ha nacido.

¿Qué son los servicios médicamente necesarios?

Médicamente necesario significa:

- Servicios de atención médica que:
 - son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proveer detección precoz, intervenciones o tratamientos para problemas médicos que causan sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones en alguna función, que amenazan con causar o empeorar una discapacidad, que causan enfermedad o dolencia a un miembro, o que ponen en peligro la vida;
 - se prestan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención médica para tratar condiciones médicas de un miembro;
 - cumplen las pautas de atención de la salud aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales;
 - son coherentes con el diagnóstico del miembro;
 - no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado entre seguridad, efectividad y eficiencia;
 - no son experimentales o de investigación; y
 - no se prestan principalmente para conveniencia del miembro o del profesional; y
- Servicios de salud conductual que:
 - son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de

un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento como resultado de un trastorno de este tipo;

- se ajustan a las pautas y normas de práctica profesionalmente aceptadas para la atención médica de la salud conductual;
- son proporcionados dentro del entorno más apropiado y menos restrictivo posible en el cual los servicios puedan ofrecerse de manera segura;
- son el nivel u oferta de servicios más adecuado que puede ofrecerse de manera segura;
- no pueden omitirse sin afectar la salud mental y/o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- no son experimentales o de investigación; y
- no se prestan principalmente para conveniencia del miembro o el profesional.

Los servicios médicamente necesarios se deben proporcionar en el entorno más apropiado y menos restrictivo en que los servicios puedan brindarse de manera segura. Deben ofrecerse como el suministro o nivel de servicio más apropiado que pueda proporcionarse de manera segura y que no se pueda omitir sin perjudicar la salud física del niño y/o la calidad de la atención brindada.

¿Qué es el cuidado médico de rutina?

El cuidado médico de rutina incluye los controles de bienestar y los exámenes de detección de enfermedades. Incluye servicios médicamente necesarios que no requieren atención urgente o de emergencia.

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

Los proveedores de atención médica de FirstCare le brindarán cuidado médico de rutina a usted o a su hijo dentro de las dos semanas posteriores en el momento en que llame a su consultorio.

¿Qué es la atención médica urgente?

La atención urgente es otro tipo de atención. Hay algunas lesiones y enfermedades que tal vez no sean emergencias, pero pueden transformarse en emergencias si no son tratadas dentro de las 24 horas. Algunos ejemplos son: quemaduras o cortes menores, dolor de oídos, dolor de garganta, torceduras y dolores musculares.

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

Para atención de urgencia, podrá programar una cita con su médico dentro de las siguientes 24 horas. Si su médico le indica que vaya a una clínica de urgencias, no es necesario llamar a la clínica antes de ir.

¿Qué es una emergencia, una condición médica de emergencia y una condición de salud conductual de emergencia?

La atención médica de emergencia es un servicio cubierto que se ofrece para

condiciones médicas de emergencia y condiciones de salud conductual de emergencia. Una “condición médica de emergencia” es aquella que se caracteriza por síntomas agudos repentinos lo suficientemente graves (incluso dolor intenso) que podrían llevar a una persona con conocimientos generales de salud y medicina a suponer que la ausencia de atención médica inmediata podría:

- poner la salud del miembro en grave peligro;
- provocar un grave deterioro de las funciones corporales;
- provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
- provocar una grave desfiguración; o
- En el caso de una miembro de CHIP embarazada, poner en grave peligro su salud o la del niño por nacer.

Una “condición de salud conductual de emergencia” significa toda condición médica, independientemente de su naturaleza o causa, que en opinión de una persona prudente, con conocimientos generales de salud y medicina:

- requiere intervención o atención médica inmediatas, sin las cuales el miembro presentaría un peligro inmediato para sí mismo o para otros;
- o
- vuelve al miembro incapaz de controlar, saber o comprender las consecuencias de sus acciones.

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

“Servicios de emergencia” y “atención médica de emergencia” son aquellos servicios de atención médica brindados en un Departamento de Emergencias dentro o fuera de nuestra red de hospitales u otros centros similares por médicos, proveedores o personal médico dentro o fuera de la red con el fin de evaluar y estabilizar condiciones médicas de emergencia o condiciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen cualquier examen médico u otras evaluaciones requeridas por las leyes estatales o federales que sean necesarias para determinar si existe una condición médica de emergencia o una condición de salud conductual de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Si cree que tiene una emergencia médica, llame de inmediato al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Recibirá atención médica de inmediato. Después de salir del hospital, llame a su médico para recibir atención de seguimiento.

¿Debo ir a la sala de emergencias y pedir atención urgente o debo esperar?

La sala de emergencias no debe usarse para visitas regulares al médico o porque el consultorio de su proveedor de atención primaria esté cerrado. Si no puede esperar hasta el día siguiente, llame a su médico. Algunos consultorios están abiertos fuera del horario normal o durante los fines de semana. Compruebe si su médico tiene un horario

extendido. Es posible que el consultorio de su médico aún esté abierto o que pueda atenderlo a la mañana siguiente.

Puede llamar a su médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Su médico puede asesorarlo por teléfono; puede informarle si necesita ir a un centro de atención de urgencias o decirle qué hacer en su casa. Si es necesario, también puede ir al centro de atención de urgencias más cercano o a una clínica sin cita previa. La atención urgente es para cuando usted necesita tratamiento inmediato pero su salud no está en grave peligro. Los centros de atención de urgencias pueden tratar esguinces, dedos quebrados, quemaduras leves y erupciones.

Recuerde que si no es una emergencia, deberá esperar para consultar a su médico por cosas como:

- Problemas médicos no urgentes
- Resfríos y tos, dolor de garganta.
- Alergias
- Visitas prenatales
- Visitas de seguimiento

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

Durante el horario normal de atención, llame al dentista primario de su hijo para que le indique cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia fuera del horario de atención de su dentista primario, llámenos sin cargo al 1-877-639-2447.

¿Qué es la postestabilización?

Los servicios de postestabilización son los servicios cubiertos por CHIP que mantienen estable la condición médica de un miembro después de la atención médica de emergencia.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo está cerrado?

Los consultorios de algunos médicos están abiertos hasta tarde y también durante los fines de semana. Compruebe si el consultorio del proveedor de atención primaria de su hijo está abierto fuera de horario o durante los fines de semana. Si su hijo se enferma por la noche o durante un fin de semana, llame al médico de su hijo. El médico de su hijo o alguien que atiende sus llamadas está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El médico de guardia responderá sus preguntas y lo ayudará, y podría pedirle que le explique qué le pasa a su hijo. Esté listo para decirle cómo se siente su hijo y cuánto tiempo hace que está enfermo. La enfermedad de su hijo podría tratarse en su casa o esperar hasta el día siguiente. Es posible que le digan que consulte al médico de su hijo al día siguiente. Si se trata de una emergencia, su médico o el personal de guardia le indicarán que lleve a su hijo a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje? ¿Qué debo hacer si es mi hijo el que se enferma?

Si usted o su hijo necesitan atención médica estando de viaje, llámenos sin cargo al 1-877-639-2447 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 llámenos sin cargo al 1-877-639-2447.

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

En caso de una emergencia real, vaya a la sala de emergencias más cercana. Si necesita servicios de emergencia, vaya al hospital más cercano y luego llámenos sin cargo al 1-877-639-2447.

Si usted o su hijo necesitan ver a un médico estando de viaje, llame a su médico. Su médico le brindará asesoramiento sobre qué hacer. Si necesita ayuda para encontrar un médico mientras está de viaje, llámenos sin cargo al 1-877-639-2447 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si usted consulta un médico fuera de la ciudad o del estado, muéstrole su tarjeta de identificación de FirstCare y pídale que llame a FirstCare. Los beneficios de CHIP serán cubiertos con la aprobación de FirstCare.

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

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

Especialistas

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

¿Qué debo hacer si yo o mi hijo necesitamos ver a un médico especializado (un especialista)?

El proveedor de atención primaria del niño examinará a su hijo y decidirá si debe verlo un especialista. El médico del niño hará la cita para que usted lleve a su hijo a ver a un especialista de FirstCare CHIP. El médico de su hijo llamará a FirstCare CHIP si es necesario pedir aprobación. Si su hijo necesita ver a un especialista que no está dentro de la red de FirstCare CHIP, el proveedor de atención primaria debe obtener la aprobación de FirstCare CHIP.

¿Qué es una referencia?

Si usted o su hijo necesitan atención médica de un proveedor que no pertenece a la red FirstCare CHIP o CHIP Perinatal, necesita una autorización o una referencia. Esa referencia se la dará el proveedor de atención primaria de su hijo o su proveedor de atención médica perinatal.

¿Cuánto tiempo debemos esperar yo o mi hijo para ser atendidos por un especialista?

Será atendido dentro de las dos semanas para atención médica de rutina. Para obtener más información sobre la atención médica de rutina, consulte la página 64.

¿Qué servicios no necesitan referencia?

Para obtener una lista de los servicios que no necesitan una referencia, llame a Servicio al Cliente al 1-877-639-2447.

Cuando haga la cita con el consultorio del especialista:

- Mencione que usted o su hijo son miembros de FirstCare CHIP.
- Indique el nombre de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Dígale que su proveedor lo refirió.
- Asegúrese de mostrar la tarjeta de identificación de FirstCare CHIP de su hijo cuando vaya a ver al especialista.

¿Cómo pedir una segunda opinión?

Usted tiene derecho a pedir una segunda opinión cuando se trata de su salud y/o sus opciones de tratamiento. Informe a su médico que desea pedir una segunda opinión.

Si no está seguro, haga preguntas a su médico. Su médico también puede ayudarlo refiriéndolo a un especialista. También puede llamar a FirstCare, pues podemos ayudarle a buscar otro médico o especialista de la red.

Salud de la mujer (obstetra/ginecólogo) PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

¿Qué debo hacer si mi hija o yo necesitamos atención obstétrica/ginecológica? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra/ginecólogo?

Atención, miembros: Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo para su hija y para usted sin un referido o referencia de su proveedor de atención primaria o del de su hija. Un obstetra/ginecólogo puede brindarle:

- Un control de la salud femenina por año
- Atención médica relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier condición médica femenina
- Referidos o referencias a médicos especializados (especialistas) dentro de la red

FirstCare CHIP permite que su hija y usted elijan cualquier obstetra/ginecólogo, ya sea que el médico pertenezca o no a la misma red que el proveedor de atención primaria suyo o de su hija.

¿Cómo elijo un obstetra/ginecólogo?

Para elegir un obstetra/ginecólogo, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447. Usted tiene acceso a los obstetras/ginecólogos de FirstCare CHIP y CHIP Perinatal sin necesidad de una referencia, aun si no elige ninguno.

Usted o su hija podrán ver al obstetra/ginecólogo dentro de las dos semanas siguientes a su solicitud. Usted o su hija pueden seguir atendiéndose con un obstetra/ginecólogo que no trabaje con FirstCare CHIP o CHIP Perinatal si a usted o su hija les quedan 12 semanas o menos antes de la fecha de parto prevista.

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

Si no elige un obstetra/ginecólogo de FirstCare como proveedor de atención primaria, aún puede recibir atención médica de estos profesionales.

¿Necesitaré una referencia?

No, no necesitará una referencia.

¿Cuánto debemos esperar mi hija o yo para ver a un obstetra/ginecólogo después de llamar para programar una cita?

Usted o su hija podrán ver al obstetra/ginecólogo dentro de las dos semanas siguientes a su solicitud.

¿Podemos mi hija o yo seguir consultando a un obstetra/ginecólogo que no sea parte de FirstCare?

Las miembros que hayan pasado la semana 24 de embarazo pueden mantener a su obstetra/ginecólogo actual, aun si el médico no pertenece a la red de FirstCare CHIP. Si su obstetra/ginecólogo o el de su hija no está incluido en el Directorio de Proveedores de FirstCare, por favor llame a Servicio al Cliente al 1-877-639-2447.

(No se aplica a miembros recién nacidos de CHIP Perinate Newborn)

¿Qué debo hacer si yo o mi hija estamos embarazadas? ¿A quién debo llamar?

Por favor llame al Departamento de Contacto de FirstCare al 1-866-787-0663 apenas sepa que usted o su hija están embarazadas. Es importante que también llame a la HHSC al 2-1-1 para informar de su embarazo. Usted o su hija deben solicitar de inmediato los servicios de Medicaid. Si su hija se inscribe en Medicaid mientras está embarazada, su bebé quedará inscrito en Medicaid durante un año. Si no se inscribe en Medicaid mientras está embarazada, tendrá que solicitar cobertura para su bebé recién nacido cuando nazca. En tal caso, podría haber una brecha en la cobertura de su bebé.

FirstCare CHIP ofrece otros servicios para mujeres embarazadas. El Departamento de Educación para la Salud de FirstCare ofrece clases de planificación familiar y

educación prenatal.

¿Qué otros servicios, actividades y/o educación ofrece FirstCare a las mujeres embarazadas?

Programa de coordinación de servicios de maternidad Expecting the Best®

FirstCare tiene un programa especial para las embarazadas inscritas en el plan. Se denomina Programa de coordinación de servicios de maternidad Expecting the Best®. Ofrece información útil sobre cómo cuidarse usted y a su bebé. Por ejemplo, ¿sabía que su bebé necesita las últimas tres o cuatro semanas de un embarazo a término para desarrollar su cerebro y sus pulmones? Si usted ya ha dado a luz a un bebé antes de tiempo (parto prematuro) o tiene un alto riesgo de que esto ocurra, es posible que existan medicamentos para ayudar a que su bebé nazca a término. Los miembros de nuestro equipo Expecting the Best® pueden ayudarle a obtener estos medicamentos. También pueden ayudarle con lo siguiente:

- Encontrar un médico o recursos.
- Programar una cita prenatal o de posparto.
- Ayudarle con otras necesidades relacionadas con el embarazo.

Como parte del programa, FirstCare querrá saber cómo está llevando su embarazo. Es posible que reciba una llamada para responder algunas preguntas sobre su embarazo.

Cómo inscribirse

Obtenga más información llamando a Servicio al Cliente de CHIP al 1-877-639-2447 o enviando un correo electrónico a HPmaternitycasemanagement@bswhealth.org. Si se comunica con nosotros por correo electrónico, incluya su nombre, número de miembro, número de teléfono y cualquier necesidad que pueda tener.

Programa de Coordinación de Servicios

Todos los miembros del plan de salud con cobertura actual pueden utilizar la Coordinación de Servicios. El programa es un beneficio adicional para nuestros miembros. La Coordinación de Servicios se ofrece sin costo para los miembros. Nuestro programa es completamente opcional, por lo que los miembros pueden participar o dejar de hacerlo en cualquier momento.

¿Cómo puede ayudarle la Coordinación de Servicios?

Las enfermeras y los trabajadores sociales están aquí para ayudarle a:

- Obtener atención médica, servicios médicos, equipos y medicamentos.
- Comprender y controlar sus condiciones de salud.
- Comprender y aprovechar al máximo sus beneficios.
- Comprender el sistema de cuidado de la salud y obtener las autorizaciones y referencias necesarias.
- Encontrar programas y recursos comunitarios para ciertos beneficios que su seguro no cubre.

Qué esperar

Después de ser referido a Coordinación de Servicios, un miembro de nuestro equipo le llamará y completará una evaluación por teléfono. Usted recibirá la llamada dentro de los cuatro (4) días. Esta evaluación nos ayudará a identificar qué necesidades tiene. Trabajaremos con usted a fin de crear un plan para atender sus necesidades. También trabajaremos junto a usted en su plan hasta atender satisfagan sus necesidades, hasta que ya no tenga cobertura con nosotros, ya no podamos comunicarnos con usted o si usted decide que ya no necesita ayuda.

Se le pondrá en contacto con una enfermera o trabajadora social, a quien podrá llamar directamente en cualquier momento en que necesite ayuda. La enfermera o trabajadora social también puede colaborar con su médico o farmacia para ayudarlo. La información sobre su salud es confidencial y está protegida. El uso de la Coordinación de Servicios no afecta la cobertura de su plan.

Cómo solicitar ayuda a la Coordinación de Servicios:

Para solicitar la coordinación de servicios, llame al 1-877-639-2447 y pida hablar con un miembro de nuestro equipo. También puede enviarnos un correo electrónico para solicitar la Coordinación de Servicios: CaseManagement@BSWHealth.org.

Nuestros Coordinadores de Servicios están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro (excepto los feriados aprobados por el estado). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Programa Healthy Texas Women

El Programa Healthy Texas Women ofrece exámenes de planificación familiar, exámenes de salud relacionados y métodos anticonceptivos a mujeres de 18 a 44 años cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a los límites de ingreso del programa (185 por ciento del nivel federal de pobreza). Debe enviar una solicitud para averiguar si puede obtener servicios a través de este programa.

Para obtener más información sobre los servicios disponibles a través del Programa Healthy Texas Women, escriba, llame o visite el sitio web del programa:

Programa Healthy Texas Women
P.O. Box 14000
Midland, TX 79711-9902
Teléfono: 1-800-335-8957
Sitio web: texaswomenshealth.org/
Fax: 1-866-993-9971 (llamadas sin cargo)

Servicios Healthy Texas Women Plus

El programa Healthy Texas Women también ofrece un paquete de servicios de posparto llamado Healthy Texas Women Plus. Healthy Texas Women Plus proporciona beneficios para:

- Depresión posparto y otras afecciones de salud mental
- Afecciones cardiovasculares y coronarias
- Trastornos por abuso de sustancias

Si actualmente está inscrita en Medicaid for Pregnant Women (Medicaid para Mujeres Embarazadas), es posible que sea inscrita automáticamente en el programa Healthy Texas Women una vez que nazca su bebé. Si usted reúne los requisitos, recibirá una carta de Texas Health and Human Services en la que confirmarán que ha sido inscrita en el programa Healthy Texas Women.

Programa de Gestión de Enfermedades de FirstCare

El programa de gestión de enfermedades ofrece ayuda especializada a cargo de enfermeras registradas, para miembros con afecciones tales como asma, diabetes y enfermedades musculoesqueléticas (lesiones o trastornos de los músculos, nervios, tendones, articulaciones, cartílagos y discos vertebrales).

El programa ofrece educación y coordinación de la atención entre sus médicos y beneficios. Puede hablar y trabajar con una enfermera certificada y autorizada por el estado. Queremos ayudarle a obtener la información y el apoyo que necesita. Si desea recibir ayuda adicional, llámenos al 1-855-828-1013. Nuestros programas de gestión de enfermedades no representan ningún costo adicional para usted.

Otros servicios

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Salud conductual (mental)

¿Cómo obtener ayuda si yo o mi hijo tenemos problemas conductuales (mentales), de alcohol o de drogas?

Puede haber ocasiones en las que se sienta molesto, preocupado o perdido porque algo no está del todo bien. Tal vez haya perdido recientemente a un ser querido.

Quizás tenga un problema de drogas o de alcohol. Como miembro de FirstCare CHIP, usted puede llamar a su proveedor de atención primaria o a los servicios de salud conductual de FirstCare al 1-800-327-6934. Para comunicarse con la línea de crisis de salud conductual, llame al 1-800-327-6943 las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Los servicios de salud conductual de FirstCare proporcionan ayuda para problemas emocionales, de drogas o de alcohol. Ofrecemos servicios de salud conductual para los miembros de FirstCare CHIP.

¿Necesito una referencia para eso?

Usted no necesita una referencia de su proveedor de atención primaria para recibir este tipo de ayuda

Siempre habrá alguien para escucharlo y ayudarlo con sus problemas. Por favor informe a FirstCare si está bajo el cuidado de un médico o especialista por este tipo de problemas. FirstCare puede referirlo a un médico o proveedor especial

que sepa cómo manejar estos problemas. El médico decidirá qué servicios de salud necesita para ayudarlo con su problema. Puede que le recomiende servicios de salud conductual.

Cuidado de los ojos

¿Cómo puedo obtener servicios de cuidado de la vista? ¿Cómo puedo obtener servicios de cuidado de la vista para mi hijo?

Puede obtener servicios de atención ocular con FirstCare. Cada año se cubre un examen de la vista para comprobar si se necesitan anteojos o lentes de contacto.

Su hijo puede recibir anteojos o lentes de contacto una vez cada 12 meses. Si la visión de su hijo cambia mucho, puede recibir anteojos o lentes de contacto antes de los 12 meses. Si los anteojos de su hijo están dañados o perdidos, se pueden reemplazar.

Debe obtener sus servicios de cuidado de la vista a través de los proveedores de cuidado de la vista de FirstCare CHIP. Puede llamar a Servicio al Cliente al 1-877-639-2447 y obtener ayuda para elegir un proveedor de cuidado de la vista.

Servicios dentales

¿Cómo puedo obtener servicios dentales para mi hijo?

FirstCare cubre algunos servicios dentales de emergencia en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios. FirstCare solamente cubre los siguientes servicios:

- Tratamiento por dislocación de mandíbula.
- Tratamiento de lesiones traumáticas de los dientes y las estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes.
- Tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías.
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

FirstCare cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados con las condiciones mencionadas anteriormente. Esto incluye los servicios provistos por el médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

Los beneficios médicos de CHIP brindan cobertura dental limitada para emergencias, como dislocación de mandíbula, lesiones traumáticas de los dientes y extirpación de quistes; tratamiento de abscesos orales originados en dientes o encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo le ofrece todos los otros servicios dentales, tales como servicios para ayudar a prevenir el deterioro de los dientes y

servicios para corregir problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen.

Intervención en la Primera Infancia

¿Qué es la Intervención en la Primera Infancia (ECI)?

El ECI es un programa estatal para familias con niños, desde el nacimiento hasta los 3 años, que tienen discapacidades y retrasos en el desarrollo. El ECI ayuda a las familias a apoyar a sus hijos a través de servicios de desarrollo. El programa los evalúa, sin costo para las familias, para ver si son elegibles y qué servicios necesitarán. Las familias y los profesionales trabajarán juntos para planificar servicios basados en las necesidades únicas de cada niño y de su familia.

Un programa local de ECI determina si el niño puede recibir los servicios y desarrolla un plan individual para cada niño. FirstCare es responsable de pagar los servicios del plan.

¿Necesito una referencia para eso?

Los miembros de FirstCare pueden autorreferirse a los proveedores locales de servicios del programa ECI sin necesidad de contar con una referencia de FirstCare o de su Proveedor de atención primaria (PCP).

¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

La participación en el programa de ECI es voluntaria. Si elige no utilizar un programa de ECI local, FirstCare debe proporcionar los servicios médicamente necesarios para su hijo. Si necesita ayuda para obtener estos servicios, llámenos al 1-877-639-2447 (TTY 7-1-1) o visite texas.gov/services/disability/early-childhood-intervention-services.

Servicios de intérpretes

¿Puedo contar con un intérprete cuando hable con mi médico o el médico de mi hijo?

FirstCare tiene personal que habla inglés y español.

¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?

Si necesita un intérprete de idioma o de lenguaje de señas, por favor llame al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447. La línea TTY de FirstCare para personas sordas o con problemas de audición es 7-1-1.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Por favor llame al menos 48 horas antes de su visita.

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

Si usted no habla inglés, FirstCare enviará a alguien para que vaya a la cita con su médico y haga una interpretación cara a cara. Llame a Servicio al Cliente al

1-877-639-2447.

Necesidades especiales de atención de la salud

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

Los niños que tengan necesidades especiales de atención de la salud (CSHCN) pueden tener su propia coordinación de servicios. FirstCare CHIP trabajará con servicios comunitarios para obtener los mejores servicios de salud para su hijo. Para comunicarse con un coordinador de servicios de FirstCare CHIP, llame al 1-877-639-2447.

Facturación

¿Qué debo hacer si recibo una factura de mi médico o del médico de mi hijo? ¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura de su médico, llame al Departamento de Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 y ellos le ayudarán.

¿Qué información necesitarán?

Cuando llame deberá tener su factura con usted. Le preguntarán la fecha del servicio, el nombre de su médico, el monto de la factura y el número de teléfono indicado en la factura.

Cambio de dirección

¿Qué tengo que hacer si yo o mi hijo nos mudamos?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 o actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com, y llame al Departamento de Servicios para Miembros de FirstCare al 1-877-639-2447. Antes de poder recibir los servicios de CHIP en su nueva área, deberá llamar a FirstCare, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención médica a través de FirstCare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) cambie su dirección.

Recetas (medicamentos)

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

¿Cómo puedo saber qué medicamentos están cubiertos?

FirstCare utiliza la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos para Proveedores (VDP) del estado, de la cual su médico puede elegir. Incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid y CHIP. Para realizar una búsqueda en la lista de medicamentos cubiertos de Texas, visite txvendordrug.com/formulary/formulary-search. Para ver la lista de medicamentos preferidos de Texas, visite txvendordrug.com/formulary/prior-authorization/preferred-drugs. Un medicamento genérico disponible está cubierto si se incluye en la lista de medicamentos cubiertos del VDP. Los medicamentos genéricos son idénticos a los medicamentos de marca aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Algunas recetas requieren aprobación previa. Si un medicamento requiere aprobación previa, su proveedor debe enviar datos clínicos que respalden la necesidad del medicamento. El farmacéutico le notificará si un medicamento recetado por su médico requiere aprobación previa. Si esto ocurre, comuníquese con su proveedor y pídale que envíe a FirstCare la solicitud del medicamento y los datos clínicos.

Algunos medicamentos requieren tratamientos escalonados. Un tratamiento escalonado requiere la prueba sin éxito de uno o más medicamentos antes de aprobar el medicamento solicitado. Si el farmacéutico le notifica que su medicamento requiere tratamientos escalonados, comuníquese con su proveedor y pregúntele si puede probar primero los otros medicamentos.

Su receta puede ser dispensada con un suministro para 30 días.

¿Cómo puedo obtener medicamentos para mi hijo o para mí?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el médico de su hijo dice que necesitan. Su médico o el médico de su hijo le dará una receta para que lleve a la farmacia, o tal vez pueda enviarla a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados sólo con el objetivo de evitar el embarazo y medicamentos para pérdida o aumento de peso.

Es posible que deba hacer un copago por cada medicamento recetado, dependiendo de sus ingresos. No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate Newborn.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite FirstCare.com/CHIP-Pharmacy o llame a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP).

¿Qué debo hacer 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 de FirstCare CHIP. La farmacia le ayudará a obtener el medicamento. También puede llamar a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP).

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Lleve su tarjeta de identificación de FirstCare CHIP a la farmacia.

¿Qué ocurre si necesito que me envíen a casa mis medicamentos o los de mi hijo?

Si necesita que le envíen los medicamentos, por favor visite el Directorio de Farmacias en línea en firstcare.com/CHIP-pharmacy para ver la lista de farmacias que hacen envíos. También puede llamar a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP) para averiguar qué farmacias ofrecen envíos gratuitos.

¿A quién debo llamar si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Qué debo hacer si no puedo obtener los medicamentos recetados por mi médico o el médico de mi hijo?

Si no puede contactarse con su médico o el médico de su hijo para que le apruebe un medicamento recetado, posiblemente pueda recibir un suministro de emergencia del medicamento para tres días.

Para obtener ayuda con medicamentos y renovaciones de recetas suyos o de su hijo, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Qué ocurre si pierdo mis medicamentos o los de mi hijo?

Si ha perdido o dañado un medicamento, comuníquese con su farmacia. Algunos medicamentos pueden necesitar autorización previa para las renovaciones de recetas. Es posible que la farmacia deba ponerse en contacto con su médico para obtener la aprobación. Su farmacia lo llamará para informarle la decisión.

Si necesita una renovación de receta de emergencia para un medicamento y no es posible contactar a su médico, su farmacia puede darle un suministro de emergencia para tres días.

¿Qué ocurre si mi hijo o yo necesitamos un medicamento de venta libre?

La farmacia no puede darle un medicamento de venta libre como parte de su beneficio de CHIP o del de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento de venta libre, tendrá que pagarlo.

¿Qué ocurre si mi hija o yo necesitamos píldoras anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted o a su hija pastillas anticonceptivas para evitar embarazos. Usted y su hija sólo pueden recibir píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una condición médica.

¿Por qué algunos medicamentos necesitan una autorización previa?

Algunos medicamentos pueden ser peligrosos si se administran o se usan incorrectamente. La autorización previa se pide para garantizar que el medicamento se utilice sólo cuando sea necesario y se administre en la dosis correcta.

Algunas razones por las que usted podría necesitar una autorización previa:

- El medicamento no está en la lista de medicamentos cubiertos.
 - Nota: Hay excepciones. Algunos medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos requieren autorización previa.
- El medicamento no se utiliza para su condición de salud o para ciertos usos.
- La dosis es mayor de lo que normalmente se receta.
- Hay otros medicamentos que deben probarse primero.
- El medicamento puede ser utilizado de manera indebida o puede tomarse de manera abusiva.

¿Cuánto tiempo tengo que esperar?

Nos comunicaremos con su médico a más tardar tres días hábiles después del envío de la solicitud.

En una emergencia, usted puede recibir un suministro de hasta 72 horas mientras espera la decisión, a menos que el medicamento pueda poner en peligro su salud o su seguridad.

Seguridad de la medicación

Trabajamos con Navitus, nuestro administrador de beneficios de farmacia, para garantizar su seguridad. Hay requisitos establecidos para garantizar que sus medicamentos con receta sean seguros. También contamos con un equipo de médicos y farmacéuticos que se reúnen para evaluar los medicamentos incluidos en la lista de medicamentos cubiertos. Nuestro objetivo es asegurarnos de que el medicamento que tome sea efectivo en función de su salud y su condición médica. El proceso de autorización previa es uno de esos pasos. Otras maneras en las que lo mantenemos seguro:

Comprobar la dosis y la concentración

Comprobamos la dosis por su seguridad. Hay un sistema de controles establecido para evaluar el medicamento y su concentración. Es muy importante que nuestros miembros tomen la dosis correcta del medicamento correcto.

Comprobar posibles interacciones entre medicamentos

Hay controles de interacciones entre medicamentos establecidos para todos los medicamentos con receta. Si en la farmacia notan que puede haber un problema con un medicamento nuevo, se lo dirán a usted y a su médico.

El medicamento podría mejorar su condición, pero también podría ser peligroso. Es por eso que los medicamentos con receta son controlados, para garantizar que usted esté seguro y que el medicamento no interactúe con alguna otra cosa que usted esté tomando.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de autorización previa o cómo funciona la lista de medicamentos cubiertos, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Derechos y responsabilidades

PARA MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP Y CHIP PERINATE

Derechos de los miembros

1. Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender que le ayude a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud de su hijo, así como sobre médicos, hospitales y otros proveedores.
2. Su plan de salud debe informarle si utiliza una “red limitada de proveedores”. Se trata de un grupo de médicos y otros proveedores que sólo refieren o derivan pacientes a otros médicos dentro del mismo grupo. Una “red de proveedores limitada” significa que usted no puede atenderse con todos los médicos incluidos en su plan de salud. Si su plan de salud utiliza “redes limitadas”, verifique que el proveedor de atención primaria de su hijo y cualquier otro especialista que usted desee ver formen parte de la misma “red limitada”.
3. Usted tiene derecho a saber cómo se le paga a sus médicos. Algunos reciben un pago fijo, sin importar la frecuencia con que se atiendan con ellos. A otros se les paga de acuerdo con los servicios brindados a su hijo. Usted tiene derecho a saber cómo se hacen esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene derecho a saber cómo su plan de salud decide si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene derecho a saber quiénes son las personas de su plan de salud que deciden esas cosas.
5. Usted tiene derecho a conocer los nombres y direcciones de los hospitales y otros proveedores de su plan de salud.
6. Usted tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica suficientemente amplia como para que su hijo pueda obtener el tipo de atención adecuada cuando la necesita.
7. Si un médico le informa que su hijo tiene una discapacidad o niños con necesidades especiales de cuidado de la salud, es posible que pueda elegir a un especialista como proveedor de atención primaria de su hijo. Pregunte los detalles a su plan de salud.
8. Los niños que son diagnosticados con una discapacidad o necesidades de cuidado de la salud especiales tienen derecho a recibir cuidados especiales.
9. Si su hijo tiene problemas de salud especiales y el médico que lo atiende abandona su plan de salud, es posible que su hijo pueda seguir viendo a ese médico durante tres meses. Su plan de salud debe continuar pagando por esos servicios. Pregunte los detalles a su plan de salud.
10. Su hija tiene derecho a consultar un obstetra/ginecólogo (OB/GYN) participante sin una referencia de su proveedor de atención primaria y sin necesidad de consultar con su plan de salud. Pregunte los detalles a su plan de salud. Algunos planes pueden obligarla a elegir un obstetra/ginecólogo antes de atenderse sin un referido o derivación.
11. Su hijo tiene derecho a recibir servicios de emergencia, si usted tiene motivos razonables para creer que la vida de su hijo está en peligro, o si considera que su hijo resultará herido de gravedad si no es tratado de inmediato. La

- cobertura de emergencias se encuentra disponible sin necesidad de consultar con su plan de salud. Dependiendo de sus ingresos, es posible que tenga que realizar un copago. Los copagos no se aplican a los miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
 13. Usted tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para conveniencia de otra persona, o para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.
 14. Usted tiene derecho a hablar en nombre de su hijo en todas las opciones de tratamiento.
 15. Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión a otro médico de su plan de salud sobre el tipo de tratamiento que su hijo necesita.
 16. Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa por el plan de salud, los médicos, hospitales y demás proveedores.
 17. Usted tiene derecho a hablar con los médicos y demás proveedores de su hijo en privado, y a que se mantenga la confidencialidad de los expedientes médicos de su hijo. Usted tiene derecho a revisar, copiar y solicitar que se hagan cambios a los expedientes médicos de su hijo.
 18. Usted tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver los problemas que esté teniendo con su plan de salud, los médicos y los hospitales de su plan, y las demás personas que prestan servicios a su hijo. Si su plan de salud dice que no pagará por un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, externo a su plan de salud, le diga si cree que el médico o el plan de salud tiene razón o no.
 19. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y demás personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle acerca de su estado de salud, atención médica y tratamiento. Su plan de salud no puede impedir que ellos le faciliten esta información, aún cuando la atención o tratamiento no sean servicios cubiertos.
 20. Usted tiene derecho a saber que es el único responsable de pagar los copagos permitidos por los servicios cubiertos. Los médicos, hospitales y otras personas no pueden exigirle que pague otra cantidad por los servicios cubiertos.

Responsabilidades de los miembros

Tanto usted como su plan de salud tienen interés en mejorar la salud de su hijo. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades:

1. Usted debe tratar de seguir hábitos saludables. Aliente a su hijo a mantenerse alejado del tabaco y a seguir una dieta sana.
2. Usted debe participar en las decisiones del médico sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted debe trabajar junto a los médicos y demás proveedores de su plan de salud con el fin de elegir tratamientos para su hijo con los que todos estén de acuerdo.

4. Si usted tiene un desacuerdo con su plan de salud, primero debe tratar de resolverlo mediante el procedimiento de quejas del plan.
5. Usted debe obtener más información acerca de lo que su plan de salud cubre y no cubre. Lea su Manual para Miembros a fin de entender cómo funcionan las reglas.
6. Si usted programa una cita para su hijo, debe tratar de llegar al consultorio del médico a la hora acordada. En caso de no poder acudir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo está inscrito en CHIP, usted es responsable de pagar a su médico y demás proveedores los copagos que les adeude. Si su hijo está recibiendo los servicios de CHIP Perinatal, usted no tendrá que realizar ningún copago.
8. Usted debe denunciar el uso indebido de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
9. Usted debe hablar con su proveedor de atención médica sobre los medicamentos que le sean recetados.

Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos por Internet visitando www.hhs.gov/ocr.

Proveedores perinatales

MIEMBRO DE CHIP PERINATE (NIÑO POR NACER)

¿Qué necesito llevar a la cita con mi proveedor perinatal?

Lleve su tarjeta de identificación de FirstCare CHIP Perinatal. Necesitará esta tarjeta cada vez que vea a su médico o vaya a la farmacia. Si necesita un intérprete de lenguaje de señas, por favor llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Puede una clínica ser mi proveedor perinatal?

Sí, una clínica de salud rural (RHC) puede ser un proveedor perinatal si es un proveedor de FirstCare CHIP. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para averiguar si una clínica es parte de la red de FirstCare:

firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Medicaid-CHIP/CHIP-Provider-Directory-Lubbock.pdf.

Un centro de salud con calificación federal (FQHC) también puede ser su proveedor perinatal si está incluido en el Directorio de Proveedores de FirstCare CHIP. Si necesita ayuda para encontrar una clínica, llame sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Cómo puedo obtener atención médica fuera de horario?

Los consultorios de algunos médicos están abiertos hasta tarde y también durante los

fin de semana. Compruebe si el consultorio de su proveedor perinatal está abierto fuera de horario o durante los fines de semana. Si se enferma durante la noche o durante el fin de semana, llame a su médico. Su médico o alguien que atiende sus llamadas está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El médico de guardia responderá sus preguntas y lo ayudará, y podría pedirle que le explique qué le pasa. Esté listo para responder cómo se siente y desde cuándo ha estado enfermo. Su enfermedad podría tratarse en su casa o esperar hasta el día siguiente. Tal vez le pidan que consulte a su médico al día siguiente. Si se trata de una emergencia, su médico o el personal de guardia le indicarán que vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Cómo elijo a un proveedor perinatal? ¿Necesitaré una referencia?

Elija cuidadosamente a su proveedor perinatal. Debe ser un proveedor de FirstCare CHIP; consulte nuestro Directorio de Proveedores en firstcare.com/FirstCare/media/First-Care/PDFs/Medicaid-CHIP/CHIP-Provider-Directory-Lubbock.pdf.

¿Necesitaré una referencia?

No necesita una referencia para ver un proveedor perinatal.

¿Qué tan pronto me atenderán después de comunicarme con un proveedor perinatal para programar una cita?

Los proveedores de atención médica de FirstCare le brindarán cuidado médico de rutina dentro de las dos semanas siguientes a su llamada al consultorio.

¿Puedo seguir atendiéndome con un proveedor perinatal que no trabaja con FirstCare?

Si faltan 12 semanas o menos hasta su fecha de parto, puede permanecer con su proveedor perinatal. Si le faltan más de 12 semanas, debe seleccionar un proveedor en el directorio de FirstCare.

¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi hijo antes de que nazca? ¿A quién debo llamar?

Lo mejor es elegir un médico para su bebé ahora, antes de que nazca. Usted debe estar lista, porque su bebé necesitará su propio médico para controles y vacunas. Elija un médico para su bebé y llame al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 para informarnos quién será su médico. Puede elegir cualquier proveedor de atención primaria en el directorio de proveedores de FirstCare CHIP.

¿Qué información necesitarán?

Una vez que nazca su bebé, llame a FirstCare. FirstCare necesitará el nombre de la madre, el nombre del bebé, la fecha de nacimiento del bebé y el número de ID de CHIP del bebé (si lo conoce).

Beneficios

MIEMBRO DE CHIP PERINATE (niño por nacer)

¿Cómo averiguo qué medicamentos están cubiertos?

FirstCare utiliza la lista de medicamentos del Programa de Medicamentos para Proveedores (VDP) del estado, de la cual su médico puede elegir. Incluye todos los medicamentos cubiertos por Medicaid y CHIP. Para realizar una búsqueda en la lista de medicamentos cubiertos de Texas, visite txvendordrug.com/formulary/formulary-search.

Para ver la lista de medicamentos preferidos de Texas, visite txvendordrug.com/formulary/prior-authorization/preferred-drugs. Un medicamento genérico disponible está cubierto si se incluye en la lista de medicamentos cubiertos del VDP. Los medicamentos genéricos son idénticos a los medicamentos de marca aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Algunas recetas requieren aprobación previa. Si un medicamento requiere aprobación previa, su proveedor debe enviar datos clínicos que respalden la necesidad del medicamento. El farmacéutico le notificará si un medicamento recetado por su médico requiere aprobación previa. Si esto ocurre, comuníquese con su proveedor y pídale que envíe a FirstCare la solicitud del medicamento y los datos clínicos.

Algunos medicamentos requieren tratamientos escalonados. Un tratamiento escalonado requiere la prueba sin éxito de uno o más medicamentos antes de aprobar el medicamento solicitado. Si el farmacéutico le notifica que su medicamento requiere tratamientos escalonados, comuníquese con su proveedor y pregúntele si puede probar primero los otros medicamentos.

Su receta puede ser dispensada con un suministro para 30 días.

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

Los beneficios de CHIP Perinatal de su hijo por nacer se detallan en las páginas 52 a 59.

¿Cómo obtengo estos servicios?

Podrá obtener estos servicios, cuando sean médicamente necesarios, a través de un proveedor de atención prenatal.

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

Usted obtendrá sin límites los medicamentos con receta que sean médicamente necesarios. Para obtener una lista de medicamentos cubiertos, actualizaciones y limitaciones, visite txvendordrug.com.

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

Los copagos o costos compartidos no se aplican a miembros de CHIP Perinatal.

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

Los servicios que no sean un beneficio cubierto no se pagarán. Los miembros serán responsables del pago de los servicios no cubiertos.

¿Qué debo hacer si necesito servicios que CHIP Perinatal no cubre como beneficios?

Los servicios que no sean un beneficio cubierto por FirstCare no se pagarán. Los miembros pueden llamar al 2-1-1 o a FirstCare para averiguar qué recursos están disponibles en la comunidad para ayudar a cubrir estos servicios.

¿Qué beneficios adicionales ofrece FirstCare?

Todos los miembros elegibles de FirstCare pueden recibir los siguientes beneficios adicionales (servicios de valor agregado):

- Seminarios web sobre bienestar – Los miembros de FirstCare pueden acceder a los seminarios web trimestrales sobre bienestar a través del Portal para Miembros de FirstCare.
- **Línea de enfermeras durante las 24 horas**
¿Necesita asesoramiento sobre atención médica? ¿Tiene una pregunta médica? ¿No está seguro si debe ir al médico? Para síntomas que no sean una emergencia y para preguntas de salud o tratamiento, los miembros de FirstCare pueden hablar con una enfermera las 24 horas del día, todos los días. Obtenga la información que necesita a cualquier hora del día o de la noche llamando al 1-855-828-1013. Se dispone de información en inglés y en español. Servicios de interpretación disponibles a pedido. Los usuarios de TTY pueden llamar al 7-1-1.
- Exámenes físicos anuales para deportes y la escuela – Los miembros de hasta 19 años pueden hacerse un examen de aptitud deportiva una vez al año con un proveedor de la red. Los miembros deben estar al día con sus controles rutinarios del niño.
- Programa de gestión del embarazo Expecting the Best® (vea el volante en la página 89)
 - Inscripción anticipada en el programa de apoyo a la coordinación de servicios
 - Acceso a una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - Mensajes de texto educativos durante todo el embarazo y el primer año del bebé ,
 - Planificación del parto, que incluye apoyo personalizado durante el embarazo y después del embarazo
 - Diagnóstico de la depresión postparto después del nacimiento
 - Educación parental para la salud del recién nacido

- Cómo planificar la vuelta al trabajo
- Fiesta de bienvenida de bebés o baby shower de FirstCare – Las nuevas mamás pueden obtener una bolsa de pañales y artículos pequeños por participar en una fiesta de bienvenida del bebé o baby shower de FirstCare. Esta fiesta de bienvenida se realizará en lugares y horarios establecidos. FirstCare notificará a todas las futuras mamás los detalles de las fiestas de bienvenida de bebés o baby showers. Las participantes están limitadas a una bolsa de pañales con artículos pequeños y obsequios por cada embarazo y pueden asistir a tantos baby showers como deseen. En estas reuniones se incluirá información sobre la salud, recursos comunitarios, actividades y meriendas saludables.
- Tarjeta de regalo de \$25 para afiliadas de hasta 20 años de edad – Los miembros de hasta 20 años de edad que se hagan oportunamente controles rutinarios del niño pueden obtener una tarjeta de regalo de \$25. Los miembros deberán completar un vale, disponible en línea en FirstCare.com, o llamar a Servicio al Cliente de FirstCare. Limitado a una tarjeta de regalo por miembro y por año. El miembro debe solicitarla dentro de los 3 meses siguientes a su control rutinario del niño.
- Tarjeta de regalo de \$20 por hacer un seguimiento oportuno, después de recibir el alta tras una internación por salud conductual. Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$20 por una visita de seguimiento a los 7 días con su médico de salud conductual después de recibir el alta de salud conductual o salud mental del hospital. Los miembros deben mantener su membresía en FirstCare durante todas sus visitas. El vale para tarjetas de regalo está disponible en línea en FirstCare.com o llamando a Servicio al Cliente de FirstCare para más información. Los miembros deben solicitar esta tarjeta de regalo dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que ocurre el evento calificador.
- Programa de control del asma – Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo de \$25 por participar en el programa de control del asma cuando la enfermedad está controlada deficientemente o muy mal controlada (niveles 2 o 3). Los miembros pueden solicitar esta tarjeta de regalo a su Coordinador de Servicios de FirstCare. Límite de una tarjeta por año. Para más información, llame a Servicio al Cliente de FirstCare.
- Un viaje mensual para que los miembros vayan a la tienda de comestibles, a las citas de WIC, a las clases de educación para la salud, a los gimnasios, a las capacitaciones profesionales, a las entrevistas de trabajo, a las reuniones de grupos de autoayuda, a los lugares de culto o servicios religiosos, a las clases de embarazo/parto, a las clases para recién nacidos, a las clases de RCP/primeros auxilios, o a las fiestas de bienvenida de bebés o baby showers de FirstCare.

¿Cómo puedo obtener esos beneficios para mi niño por nacer?

Puede obtener sus beneficios adicionales llamando sin cargo a FirstCare CHIP al 1-877-639-2447.

¿Qué clases de educación para la salud ofrece FirstCare?

Los miembros de FirstCare pueden acceder a los seminarios web trimestrales sobre bienestar a través del Portal para Miembros de FirstCare.

Controles de posparto

Los controles de posparto (después del nacimiento del bebé) son muy importantes. No los imita. Incluso si se siente bien, no debe faltar a ninguno. Con CHIP Perinatal, usted recibe dos controles de posparto. El médico no sólo controlará su recuperación, sino que también controlará que usted esté bien emocionalmente.

Programe su primer control para tres semanas después de haber tenido a su bebé. Si su médico quiere verla antes, se lo informará. Luego de su control, programe su próxima cita para tres semanas después. Es posible que tenga algunas preguntas para su médico sobre la depresión, el ejercicio o el período de lactancia. Su control de posparto incluye dos visitas. Debe ver a su médico dos veces después de que nazca su bebé.

Beneficios para problemas agudos y generales con hospitalización

Beneficios cubiertos:

En el caso de los miembros de CHIP Perinate cuyas familias tengan un ingreso igual o menor al límite de elegibilidad de Medicaid (niños por nacer 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. En el caso de los miembros de CHIP Perinate cuyas familias tengan un ingreso superior al límite de elegibilidad de Medicaid (niños por nacer que no califiquen para Medicaid luego de su nacimiento), los beneficios sólo incluyen los cargos de servicios profesionales y los cargos del centro asociados con el trabajo de parto y el alumbramiento hasta el nacimiento, además de los servicios relacionados con abortos involuntarios o embarazos no viables. Algunos servicios incluyen:

- Salas de operación, de recuperación y de 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).
- Servicios para pacientes ambulatorias 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 pacientes internadas asociados con un aborto espontáneo o embarazo no viable incluyen, entre otros:
 - Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
 - Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;

- Ecografías;
- Examen histológico de muestras de tejido.

Limitaciones

- Los servicios en centros de internación no son un beneficio cubierto para niños por nacer cuando los ingresos son iguales al 198% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) o menores. A partir del nacimiento, recibirán todos los beneficios de CHIP.
- Los servicios de internación cubiertos médicamente necesarios de los niños por nacer se limitan al trabajo de parto y el alumbramiento hasta el nacimiento.

Hospital para pacientes ambulatorios, hospital integral para pacientes ambulatorios, clínica (incluido el centro de salud) y centro de atención médica ambulatoria

Beneficios cubiertos

Se incluyen, entre otros, los siguientes servicios proporcionados en la clínica o sala de emergencia de un hospital, una clínica o centro de salud, el departamento de emergencia de un hospital o un entorno ambulatorio de cuidado de la salud:

- Radiografías, estudios de imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)
- Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)
- Exámenes de diagnóstico mediante equipos
- Fármacos, medicamentos y productos biológicos que sean fármacos recetados o inyectables médicamente necesarios
- Servicios para pacientes ambulatorias 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 espontáneo o embarazo no viable, incluyen entre otros:
 - Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
 - Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;
 - Ecografías;
 - Examen histológico de muestras de tejido.
- 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 Perinate hasta su nacimiento. Las ecografías de útero durante el embarazo son un beneficio cubierto de CHIP Perinatal 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.
- 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, prueba de estrés con contracciones, análisis de hemoglobina o hematocrito 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 grupo sanguíneo y anticuerpos Rh; otro examen de detección de anticuerpos para las mujeres con factor Rh negativo a las 28 semanas de embarazo, seguido de la administración de inmunoglobulina Rho, si estuviera indicado; prueba de concentración de anticuerpos de la rubeola, serología de 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 diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; otros análisis de laboratorio que hayan sido indicados según la condición médica del cliente.

- Los 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) son un beneficio cubierto

Servicios profesionales de médicos o auxiliares médicos

Beneficios cubiertos

Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los servicios médicos médicamente necesarios se limitan a cuidados prenatales y de posparto y/o el parto del niño cubierto por nacer, hasta su nacimiento
- Visitas al consultorio del médico, servicios para pacientes internados o ambulatorios
- Servicios de laboratorio, radiografías, estudios de imágenes y servicios de patología, lo cual incluye el componente técnico y/o la interpretación profesional
- Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del médico
- Componente profesional (internado/ambulatorio) de los servicios quirúrgicos, lo cual incluye:
 - 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 (distinto del cirujano) o una enfermera anestésista 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 ecografía de útero durante el embarazo, cuando sea médicamente indicada por presuntos defectos genéticos, embarazo 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
- 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:
 - Procedimientos de dilatación y legrado (D&C);
 - Medicamentos administrados por un proveedor adecuado;
 - ecografías; y
 - Examen histológico de muestras de tejido.

Cuidado prenatal y servicios y suministros familiares preembarazo

Los servicios se limitan a una visita inicial y las subsiguientes visitas de cuidado prenatal, que incluyen:

- Una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo
- Una visita cada dos o tres semanas entre las 28 y 36 semanas de embarazo
- Una visita por semana a partir de las 36 semanas de embarazo y hasta el nacimiento

Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a:

- Límite de 20 visitas prenatales y dos (2) visitas de posparto (en un máximo de 60 días) sin 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 con los archivos del médico y está sujeta a revisiones retrospectivas.

Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir:

- Historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto);
- Examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño fetal, frecuencia cardíaca del feto, extremidades) y

- análisis de laboratorio (análisis de orina para controlar los niveles de proteínas y glucosa en cada visita); análisis de hemoglobina o hematocrito 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 factor Rh negativo a las 28 semanas de embarazo, seguido de la administración de inmunoglobulina Rho, si estuviera indicado; examen de detección de diabetes gestacional a las 24-28 semanas de embarazo; y otros análisis de laboratorio que hayan sido indicados según la condición médica del cliente.

Servicios del centro de maternidad

Cubre servicios de maternidad provistos por un centro de maternidad licenciado.

Limitado a servicios del centro relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento.

Se aplica sólo a los miembros de CHIP Perinate (niño por nacer) cuya familia tenga un ingreso superior al límite de Medicaid (que no calificará para Medicaid luego de su nacimiento).

Servicios prestados por un médico o enfermera partera certificada en un centro de maternidad licenciado

Cubre servicios prenatales y servicios de maternidad prestados en un centro de maternidad con licencia.

Servicios prenatales sujetos a las siguientes limitaciones. Los servicios se limitan a una visita inicial y las subsiguientes visitas de cuidado prenatal, que incluyen:

- Una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas de embarazo;
- Una visita cada dos o tres 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

Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a:

- Límite de 20 visitas prenatales y dos visitas de posparto (en un máximo de 60 días) sin 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 archivada y está sujeta a revisiones retrospectivas.

Las visitas posteriores a la visita inicial deben incluir:

- Historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto);
- Examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño

- fetal, frecuencia cardíaca del feto, extremidades); y
- Análisis de laboratorio: análisis de orina para controlar los niveles de proteínas y glucosa en cada visita; análisis de hemoglobina o hematocrito 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 factor Rh negativo a las 28 semanas de embarazo, seguido de la administración de inmunoglobulina Rho, si estuviera 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 condición médica del cliente.

Equipo médico duradero (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos descartables

No son un beneficio cubierto, con excepción de un conjunto limitado de suministros médicos descartables, y solo cuando sean obtenidos de un proveedor de farmacia inscrito en el programa CHIP.

Servicios de emergencia, incluidos hospitales de emergencia, médicos y servicios de ambulancia

En condiciones de emergencia o durante el trabajo de parto y alumbramiento, el plan de salud no puede exigir la autorización como condición para el pago.

Los servicios cubiertos se limitan a los servicios de emergencia relacionados directamente con el parto del niño cubierto por nacer hasta su nacimiento.

- Servicios de emergencia, según la definición de “condición 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 cubierto por nacer.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño cubierto por nacer.
- El transporte de emergencia por tierra, aire o agua es un beneficio cubierto cuando se trata de trabajo de parto a término o prematuro.
- 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 un feto sin vida en el útero).

Límites de los beneficios:

- Los servicios de posparto o las complicaciones por las que sea necesario brindar servicios de emergencia a la madre del miembro de CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.

Servicios de coordinación de servicios

Los servicios de coordinación de servicios son un beneficio cubierto para el niño por nacer.

Limitaciones

- Estos servicios cubiertos incluyen información de contacto, coordinación de servicios, coordinación de atención médica y referencias comunitarias.

Servicios de coordinación de atención médica

Los servicios de coordinación de atención médica son un beneficio cubierto para el niño por nacer.

Beneficios de medicamentos

Esto incluye, entre otros, los siguientes servicios:

- Medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios, incluidos medicamentos y productos biológicos para pacientes ambulatorios dispensados por farmacias y administrados por proveedores; y
- Medicamentos y productos biológicos provistos como paciente internado.

Los servicios deben ser médicamente necesarios para el niño por nacer.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- Para miembros de CHIP Perinate en familias con ingresos de hasta el 198% del nivel federal de pobreza, los cargos de los centros a pacientes internados no son un beneficio cubierto si están asociados a la admisión inicial del recién nacido perinatal. “Admisión inicial del recién nacido” se refiere a la hospitalización asociada con el nacimiento.
- Medicamentos anticonceptivos recetados solo con el propósito de atender principal y preventivamente el cuidado de la salud reproductiva (es decir que no deben haber sido recetados para planificación familiar).
- Tratamientos para pacientes internadas y ambulatorias distintos de la atención prenatal, trabajo de parto y nacimiento, servicios relacionados con (a) abortos espontáneos y (b) embarazos no viables, y atención de posparto relacionada con el niño por nacer cubierto hasta su nacimiento.
- Servicios de salud mental para pacientes internados.
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Equipos médicos duraderos u otros dispositivos correctivos que tengan relación médica.
- Suministros médicos desechables, con excepción de un conjunto limitado de suministros médicos desechables, cuando se obtengan de un proveedor de farmacia autorizado.

- Servicios de atención médica en el hogar o basados en la comunidad.
- Servicios de atención de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias como paciente hospitalizado o paciente residencial.
- Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias como paciente ambulatorio.
- 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 alumbramiento del niño cubierto por nacer.
- Servicios de trasplante.
- Programas antitabaco.
- Servicios quiroprácticos.
- Transporte médico que no esté relacionado directamente con el trabajo de parto a término o prematuro, un aborto involuntario o embarazo no viable y/o el alumbramiento de un niño cubierto por nacer.
- Artículos de uso personal, los cuales incluyen, 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 alumbramiento 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 presentar a 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 (tales 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 alumbramiento.

- 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 salud excepto por atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y el alumbramiento del niño cubierto por nacer y los servicios provistos por un centro de salud con calificación federal (FQHC), tal como lo establece la Sección 8.1.22 del Contrato de Atención Administrada Uniforme (UMCC).
- 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 el tratamiento quirúrgico de las condiciones 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.
- Cuidado de custodia (cuidado que ayuda a una persona 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 suele autoadministrarse o ser administrados por un cuidador). Este cuidado no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado.
- Mantenimiento.
- Servicios y atención médica en instalaciones públicas por condiciones médicas que las leyes federales, estatales o locales exigen sean brindados en un establecimiento público o atención médica provista 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 escolares.
- Gastos no médicos de donantes.
- Cargos incurridos como donante de un órgano.

Atención médica de rutina, urgente y de emergencia

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Nota para los miembros: Las referencias a “usted”, “mi” y “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP o CHIP Perinatal (niño por nacer). Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” se aplican si su hijo(a) es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros de CHIP Perinate Newborn, y los miembros de CHIP Perinatal deben cumplir la definición de CHIP de ser “médicamente necesarios”. Un miembro por nacer de CHIP Perinate es un niño que aún no ha nacido.

¿Qué son los servicios médicamente necesarios?

Médicamente necesario significa:

- Servicios de atención médica que:
 - son razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proveer detección precoz, intervenciones o tratamientos para problemas médicos que causan sufrimiento o dolor, deformidad física o limitaciones en alguna función, que amenazan con causar o empeorar una discapacidad, que causan enfermedad o dolencia a un miembro, o que ponen en peligro la vida;
 - se prestan en centros adecuados y a los niveles apropiados de atención médica para tratar condiciones médicas de un miembro;
 - cumplen las pautas de atención de la salud aprobadas por organizaciones de atención médica reconocidas profesionalmente o por organismos gubernamentales;
 - son coherentes con el diagnóstico del miembro;
 - no son más invasivos o restrictivos de lo necesario para ofrecer un equilibrio adecuado entre seguridad, efectividad y eficiencia;
 - no son experimentales o de investigación; y
 - no se prestan principalmente para conveniencia del miembro o del profesional; y
- Servicios de salud conductual que:
 - son razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental o dependencia química, o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento como resultado de un trastorno de este tipo;
 - se ajustan a las pautas y normas de práctica profesionalmente aceptadas para la atención médica de la salud conductual;
 - son proporcionados dentro del entorno más apropiado y menos

- restrictivo posible en el cual los servicios puedan ofrecerse de manera segura;
- son el nivel u oferta de servicios más adecuado que puede ofrecerse de manera segura;
- no pueden omitirse sin afectar la salud mental y/o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
- no son experimentales o de investigación; y
- no se prestan principalmente para conveniencia del miembro o el profesional.

Los servicios médicamente necesarios se deben proporcionar en el entorno más apropiado y menos restrictivo en que los servicios puedan brindarse de manera segura. Deben ofrecerse como el suministro o nivel de servicio más apropiado que pueda proporcionarse de manera segura y que no se pueda omitir sin perjudicar la salud física del niño y/o la calidad de la atención brindada.

¿Qué es el cuidado médico de rutina?

El cuidado médico de rutina incluye los controles de bienestar y los exámenes de detección de enfermedades. Incluye servicios médicamente necesarios que no requieren atención urgente o de emergencia.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Los proveedores de atención médica de FirstCare le brindarán atención médica de rutina dentro de las dos semanas posteriores al momento en que llame a su consultorio.

¿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 son: quemaduras o cortes menores, dolor de oídos, dolor de garganta, torceduras y dolores musculares.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Para atención de urgencia, podrá programar una cita con su médico dentro de las siguientes 24 horas. Si su médico le indica que vaya a una clínica de urgencias, no es necesario llamar a la clínica antes de ir.

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

Un miembro de CHIP Perinate se define como un niño que aún no ha nacido. 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 condiciones médicas de emergencia:

- 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 parto del niño por nacer cubierto;
- el transporte de emergencia por tierra, aire o agua es un beneficio

- cubierto cuando se trata del parto o de un parto de riesgo;
- El transporte de emergencia por tierra, aire o agua es un beneficio cubierto cuando se trata de una emergencia asociada con (a) un aborto involuntario o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o un feto sin vida en el útero).

Límites de los beneficios: Los servicios de posparto o las complicaciones por las que sea necesario brindar servicios de emergencia a la madre del miembro de CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.

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

Los “servicios de emergencia” y la “atención médica de emergencia” son los servicios cubiertos para pacientes internados y ambulatorios proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer tales servicios, y que son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia, como los servicios de postestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del niño por nacer.

¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan?

Si cree que tiene una emergencia médica, llame de inmediato al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Recibirá atención médica de inmediato. Después de salir del hospital, llame a su médico para recibir atención de seguimiento.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi médico está cerrado?

Los consultorios de algunos médicos están abiertos hasta tarde y también durante los fines de semana. Compruebe si el consultorio de su proveedor de atención primaria está abierto fuera de horario o durante los fines de semana. Si se enferma durante la noche o durante el fin de semana, llame a su médico. Su médico o alguien que atiende sus llamadas está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El médico de guardia responderá sus preguntas y lo ayudará, y podría pedirle que le explique qué le pasa. Esté listo para responder cómo se siente y desde cuándo ha estado enfermo. Su enfermedad podría tratarse en su casa o esperar hasta el día siguiente. Tal vez le pidan que consulte a su médico al día siguiente. Si se trata de una emergencia, su médico o el personal de guardia le indicarán que vaya a la sala de emergencias más cercana.

¿Qué debo hacer si me enfermo estando fuera de la ciudad o de viaje?

Si necesita atención médica estando de viaje, llámenos sin cargo al 1-877-639-2447 y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si necesita servicios de emergencia estando de viaje, vaya al hospital más cercano y luego llámenos sin cargo al 1-877-639-2447.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del estado?

En caso de una emergencia real, vaya a la sala de emergencias más cercana. Si necesita servicios de emergencia, vaya al hospital más cercano y luego llámenos sin cargo al 1-877-639-2447.

Si necesita ver a un médico mientras está de viaje, llame a su médico. Su

médico le brindará asesoramiento sobre qué hacer. Si necesita ayuda para encontrar un médico mientras está de viaje, llámenos sin cargo al 1-877-639-2447 y le ayudaremos a encontrar un médico. Si usted consulta un médico fuera de la ciudad o del estado, muéstrole su tarjeta de identificación de FirstCare y pídale que llame a FirstCare. Los beneficios de CHIP serán cubiertos con la aprobación de FirstCare.

¿Qué debo hacer si estoy fuera del país?

Los servicios médicos brindados fuera del país no están cubiertos por CHIP.

¿Qué es una referencia?

Si usted o su hijo necesitan atención médica de un proveedor que no pertenece a la red FirstCare CHIP o CHIP Perinatal, necesita una autorización o una referencia. Esa referencia se la dará el proveedor de atención primaria de su hijo o su proveedor de atención médica perinatal.

¿Qué servicios no necesitan referencia?

Para obtener una lista de los servicios que no necesitan una referencia, llame a Servicio al Cliente al 1-877-639-2447.

¿Qué debo hacer si necesito servicios que no están cubiertos por el programa CHIP Perinate?

Los servicios que no estén cubiertos tampoco serán cubiertos por FirstCare. Los miembros pueden llamar al 2-1-1 o a FirstCare para averiguar qué recursos están disponibles en la comunidad para ayudar a cubrir estos servicios.

Recetas (medicamentos)

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

¿Cómo puedo obtener mis medicamentos?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que su médico indique como necesarios durante su embarazo. Su médico le extenderá una receta para que usted presente en la farmacia, o tal vez pueda enviarla directamente a la farmacia por usted.

No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia de la red?

Para encontrar una farmacia de la red, visite [FirstCare.com/CHIP-Pharmacy](https://www.firstcare.com/CHIP-Pharmacy) o llame a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP).

¿Qué debo hacer 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 de FirstCare CHIP. La farmacia le ayudará a obtener el medicamento. También puede llamar a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP).

¿Qué debo llevar a la farmacia?

Lleve a la farmacia su tarjeta de identificación de FirstCare CHIP y una

identificación del estado (o emitida por el gobierno) con su fotografía.

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

Si necesita que le envíen los medicamentos, por favor visite el Directorio de Farmacias en línea en FirstCare.com/CHIP-pharmacy para encontrar la lista de las farmacias que hacen envíos. También puede llamar a FirstCare al 1-877-639-2447 (1-877-639-CHIP) para averiguar qué farmacias ofrecen envíos gratuitos.

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

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

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

Si no puede comunicarse con su médico para que le apruebe un medicamento recetado, posiblemente pueda recibir un suministro de emergencia del medicamento para tres días.

Para obtener ayuda con sus medicamentos y renovaciones de recetas, llame a FirstCare al 1-877-639-2447.

¿Qué ocurre si pierdo un medicamento?

Si ha perdido o dañado un medicamento, comuníquese con su farmacia. Algunos medicamentos pueden necesitar autorización previa para las renovaciones de recetas. Es posible que la farmacia deba ponerse en contacto con su médico para obtener la aprobación. Su farmacia lo llamará para informarle la decisión.

Si necesita una renovación de receta de emergencia para un medicamento y no es posible contactar a su médico, su farmacia puede darle un suministro de emergencia para tres días.

¿Qué debo hacer si necesito un medicamento de venta libre?

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

Otra información importante

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Servicios de intérpretes

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

FirstCare tiene personal que habla inglés y español.

¿A quién debo llamar para solicitar un intérprete?

Si necesita un intérprete de idioma o de lenguaje de señas, por favor llame al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Los miembros pueden llamar a Relay Texas marcando 7-1-1.

¿Con cuánta anticipación debo llamar?

Por favor llame al menos 48 horas antes de su visita.

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

Si usted no habla inglés, FirstCare enviará a alguien para que vaya a la cita con su médico y haga una interpretación cara a cara. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-639-2447.

Facturación

¿Qué debo hacer si recibo una factura de un proveedor de atención médica perinatal? ¿A quién debo llamar?

Si recibe una factura de su médico, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 y solicite asistencia.

¿Qué información necesitarán?

Cuando llame deberá tener su factura con usted. Le preguntarán la fecha del servicio, el nombre de su médico, el monto de la factura y el número de teléfono indicado en la factura.

Cambio de dirección

¿Qué debo hacer si me mudo?

Apenas tenga su nueva dirección, infórmela a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 2-1-1 o actualizando su cuenta en YourTexasBenefits.com, y llame al Departamento de Servicios para Miembros de FirstCare al 1-877-639-2447. Antes de poder recibir los servicios de CHIP en su nueva área, deberá llamar a FirstCare, a menos que necesite servicios de emergencia. Seguirá recibiendo atención médica a través de FirstCare hasta que la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) cambie su dirección.

Cobertura y renovación de CHIP Perinatal

¿Cuándo termina la cobertura de CHIP Perinatal?

La cobertura del programa para niños por nacer finaliza el último día del mes en que nazca el bebé. La cobertura del programa CHIP Perinatal para recién nacidos finalizará al terminar los 12 meses de cobertura desde el mes en que se determinó la elegibilidad. La cobertura ofrece a las mujeres que dan a luz controles de posparto para usar dentro de los 60 días posteriores al parto.

¿El estado me avisará cuando mi cobertura del programa CHIP Perinatal finalice?

Sí. El estado le enviará una carta en la que le informará la fecha de finalización de su cobertura.

¿Cómo se hace la renovación?

Una vez que usted haya tenido a su bebé, ya no será elegible para la cobertura del programa CHIP Perinatal.

Derechos y responsabilidades PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

Derechos de los miembros

1. Usted tiene derecho a recibir información precisa y fácil de entender que le ayude a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica de su hijo por nacer.
2. Usted tiene derecho a saber cómo se les paga a los proveedores de atención médica perinatal. Algunos pueden recibir un pago fijo, independientemente de la frecuencia con que usted se atiende con ellos. Otros reciben pagos según los servicios que brinden a su futuro bebé. Usted tiene derecho a saber cómo se hacen esos pagos y cómo funcionan.
3. Usted tiene derecho a saber cómo su plan de salud decide si un servicio perinatal está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene derecho a saber quiénes son las personas de su plan de salud que deciden esas cosas.
4. Usted tiene derecho a saber los nombres de los hospitales y otros proveedores perinatales de su plan de salud y sus direcciones.
5. Usted tiene derecho a elegir de una lista de proveedores de atención médica suficientemente extensa, para que su futuro bebé pueda recibir la atención médica adecuada cuando sea necesario.
6. Usted tiene derecho a recibir servicios perinatales de emergencia si razonablemente cree que la vida de su hijo por nacer está en peligro, o que el su hijo por nacer resultaría gravemente lesionado si no recibiera atención médica inmediata. La cobertura de este tipo de emergencias está disponible sin necesidad de consultar antes con su plan de salud.
7. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica de su hijo por nacer.

8. Usted tiene derecho a hablar en nombre de su hijo por nacer en relación a todas las opciones de tratamiento.
9. Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa por el plan de salud, los médicos, hospitales y demás proveedores.
10. Usted tiene derecho a hablar en privado con su proveedor de atención médica perinatal y a mantener el carácter privado de sus expedientes médicos. Usted tiene derecho a revisar y copiar sus expedientes médicos y a solicitar cambios en tales registros.
11. Usted tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver problemas con su plan de salud y sus médicos, hospitales y otras personas que brindan servicios perinatales a su hijo por nacer. Si el plan de salud dice que no pagará por un servicio o beneficio perinatal cubierto que el médico de su hijo por nacer considera médicamente necesario, usted tiene derecho a que otro grupo, externo al plan de salud, informe quién tiene razón: su médico o el plan de salud.
12. Usted tiene derecho a saber que los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica perinatal pueden darle información sobre el estado de salud, la atención médica o el tratamiento de su hijo por nacer. Su plan de salud no puede impedir que ellos le faciliten esta información, aún cuando la atención o tratamiento no sean servicios cubiertos.
13. Usted tiene derecho a no ser restringido o aislado cuando sea para conveniencia de otra persona, o para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.

Responsabilidades de los miembros

Usted y su plan de salud están interesados en que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted debe tratar de seguir hábitos saludables. Manténgase alejada del tabaco y coma una dieta sana.
2. Usted debe participar en las decisiones sobre la atención de su hijo por nacer.
3. Si usted tiene un desacuerdo con su plan de salud, primero debe tratar de resolverlo mediante el procedimiento de quejas del plan.
4. Usted debe obtener más información acerca de lo que su plan de salud cubre y no cubre. Lea su Manual del Programa CHIP Perinatal para comprender cómo funcionan las reglas.
5. Siempre trate de llegar puntualmente al consultorio del médico. En caso de no poder acudir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Usted debe denunciar el uso indebido de los servicios de CHIP Perinatal por parte de proveedores de atención médica, otros miembros o planes de salud.
7. Usted debe hablar con su proveedor de atención médica sobre los medicamentos que le sean recetados.

Si usted cree que ha sido discriminado o tratado injustamente, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos al 1-800-368-1019. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Humanos

del Departamento de Salud y Servicios Humanos por Internet, ingresando a www.hhs.gov/ocr.

Cómo cambiar de plan de salud PARA LOS MIEMBROS DE CHIP

¿Qué ocurre si quiero cambiar mi plan de salud?

Usted puede hacer cambios en su plan de salud:

- por cualquier motivo, dentro de los 90 días de su inscripción en CHIP;
- por algún motivo particular, en cualquier momento;
- si se muda a un área de servicios distinta; y
- durante el período anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién debo llamar?

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

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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

Si usted cumple los requisitos del programa CHIP Perinatal, su bebé continuará recibiendo servicios a través del programa CHIP. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, que comenzarán el mes en que usted inscriba al bebé como bebé por nacer.

¿Qué ocurre si quiero cambiar mi plan de salud?

- Una vez que usted elige un plan de salud para su hijo por nacer, el niño deberá permanecer en ese plan de salud hasta que finalice la cobertura CHIP Perinatal del niño. El período de 12 meses de cobertura de CHIP Perinatal comienzan cuando su hijo por nacer es inscrito en el programa CHIP Perinatal y continúa después del nacimiento de su hijo.
- Si no elige un plan dentro de un plazo de 15 días después de recibir el paquete de inscripción, la HHSC elegirá un plan de salud para su hijo por nacer y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC elige un plan de salud para su hijo por nacer, usted tendrá 90 días a partir de la fecha de vigencia de la cobertura para elegir otro plan de salud si no le agrada el plan elegido por la HHSC.
- Los niños deben permanecer dentro del mismo plan de salud hasta el final del período de inscripción para miembros de CHIP Perinatal o hasta el final del período de inscripción de los otros niños, si esto ocurre más tarde. En ese momento, usted puede elegir un plan de

- salud diferente para sus hijos.
- Usted puede solicitar un cambio de plan de salud:
 - por cualquier motivo, dentro de los 90 días de su inscripción 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 cambiar de plan médico del programa CHIP tantas veces como quiera, pero no más de una vez por mes.

¿Cuándo se hará efectivo el cambio de mi plan de salud?

Si llama para cambiar su plan de salud dentro de las dos primeras semanas del mes, antes de la “fecha límite” de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC), el cambio se hará efectivo el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se hará el primer día del segundo mes. Las “fechas límite” de la HHSC varían mes a mes.

¿FirstCare puede pedir mi baja del plan de salud (por incumplimiento o por algún otro motivo)?

Sí. FirstCare puede pedir que le den de baja en el plan de salud. Los siguientes son algunos motivos:

- Un miembro permite que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica.
- Un miembro es problemático o revoltoso, o no coopera con FirstCare.
- Negarse a seguir las políticas y procedimientos de FirstCare.
- Acoso o comportamiento amenazador con un proveedor o con el personal de FirstCare.
- El miembro proporciona intencionalmente información falsa o deliberadamente engañosa.
- El miembro se muda a un área donde FirstCare no ofrece la cobertura del programa CHIP.
- El miembro pierde la elegibilidad para el programa CHIP.
- FirstCare deja de participar en el programa CHIP.
- Robo.

FirstCare no pedirá que le den de baja por motivos de salud. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a FirstCare al 1-877-639-2447. HHSC decidirá si se le puede pedir a un miembro que abandone el programa.

Inscripción simultánea en CHIP y CHIP Perinatal, y cobertura de Medicaid para ciertos bebés recién nacidos

Concurrente significa que ocurren al mismo tiempo. La inscripción simultánea es cobertura de salud para su hijo tanto en el programa CHIP como en el programa CHIP Perinatal. Los niños inscritos en el programa CHIP permanecerán en el programa, pero serán anotados en el plan de salud que ofrece la cobertura del programa CHIP Perinatal. Se siguen aplicando copagos, costos compartidos y gastos de inscripción para los niños inscritos en el programa CHIP.

Un niño por nacer inscrito en el programa de beneficios de CHIP Perinatal será transferido a Medicaid para recibir 12 meses de cobertura continua de Medicaid a partir de la fecha de su nacimiento, si el niño vive en una familia cuyo ingreso es igual o menor al límite de elegibilidad de Medicaid.

Un niño por nacer seguirá recibiendo los beneficios del programa CHIP Perinatal después de su nacimiento si nace en el seno de una familia cuyo ingreso es superior al límite de elegibilidad de Medicaid.

Quejas y apelaciones

Quejas

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Nosotros queremos ayudarle. Si tiene una queja, por favor llámenos sin cargo al 1-877-639-2447 para contarnos su problema. Un asesor de miembros de FirstCare puede ayudarle a presentar su queja. Simplemente llame al 1-877-639-2447. La mayoría de las veces, podremos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días. FirstCare no podrá tomar ninguna medida en su contra como consecuencia de haber presentado una queja.

¿A quién debo llamar?

Para presentar una queja por teléfono, llame al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 (TTY: 7-1-1).

Además, para presentar una queja por escrito, envíela a:

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints and Appeals Department
1206 West Campus Drive Temple, Tx 76502
Fax: 806-784-4319

También puede presentar una queja en myFirstCare Self-Service ingresando a my.FirstCare.com. Para hacerlo, simplemente inicie sesión en el portal, elija “Send a Message” (Enviar un mensaje) en el Centro de Mensajes y luego bajo “Message Type” (Tipo de mensaje) seleccione “Complaint” (Queja).

¿Puede un representante de FirstCare ayudarme a presentar una queja?

Sí. Si necesita ayuda para presentar una queja, FirstCare puede ayudarlo. Llame

a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Una vez que recibamos su queja, le enviaremos una carta para informarle que estamos trabajando para resolver el problema. La carta se enviará por correo dentro de los cinco días hábiles siguientes a su llamada telefónica.

¿Cuánto demorarán en procesar mi queja? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?

Le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión. Recibirá esta carta dentro de los 30 días siguientes a haber presentado su queja. En la carta, le informaremos el motivo médico o del beneficio del plan para tomar nuestra decisión.

Si tiene una queja sobre una emergencia o una internación, se le informará la decisión al siguiente día hábil.

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme?

Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas llamando al número gratuito 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection
PO Box 12030
Austin, Texas 78711-2030

Si tiene acceso a Internet, puede enviar la queja por correo electrónico a <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>

¿Hay alguien fuera de FirstCare a quien pueda pedirle ayuda?

Si no está satisfecho con la resolución de FirstCare, puede hablar con un representante de la Oficina del Defensor en la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) llamando al 1-866-566-8989, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del centro

¿Tengo derecho a presentarme ante un panel de apelación de quejas?

Sí. Si no está satisfecho con la respuesta de FirstCare a su queja, usted tiene derecho a reunirse con un panel de apelación de quejas. El panel está compuesto de miembros, proveedores y personal de FirstCare.

La apelación de su queja se enviará a un panel de apelaciones. Cuando solicite una apelación, le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles, seguida de una carta con detalles de una cita. Allí le informaremos la fecha y la hora del lugar donde se reunirá el panel de apelaciones. No necesita apelar en persona; puede hacerlo por teléfono. Usted puede asistir a la audiencia o puede escribir al panel de apelaciones. Antes de la audiencia de apelación, se le darán

instrucciones para que envíe comentarios por escrito, documentos u otra información relacionada con la apelación.

El panel se reunirá con usted y completará una respuesta final a su queja dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación por escrito.

Apelaciones

¿Qué debo hacer si mi médico me receta un servicio cubierto, pero FirstCare lo rechaza o lo limita?

Usted tiene derecho a apelar: Puede solicitar una apelación si no está satisfecho con la decisión de FirstCare CHIP. Puede llamar sin cargo al Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447. El Servicio al Cliente de FirstCare puede ayudarle con su apelación.

¿Cómo puedo saber si los servicios han sido rechazados?

FirstCare CHIP le informará por escrito a usted o a su representante autorizado si un servicio cubierto ha sido denegado o limitado.

¿Cuáles son los plazos para el proceso de apelación?

Si usted no está de acuerdo con la respuesta de FirstCare, puede solicitar una apelación. Usted o su representante pueden solicitar una apelación. Usted puede pedirla por teléfono o por escrito.

FirstCare CHIP le enviará una carta dentro de los cinco días de recibir su apelación oral o por escrito. Esto le permitirá saber que su apelación por escrito ha sido recibida e identificará cualquier información que necesitemos para rever su apelación.

FirstCare CHIP revisará su solicitud de apelación. Usted o su representante, y su médico o proveedor de atención médica, recibirán una respuesta. Eso ocurrirá dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito.

Si su apelación se refiere a una emergencia u hospitalización, una vez que tengamos toda la información, la apelación se decidirá dentro de un día hábil, seguida de una carta dentro de las 72 horas.

¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?

Puede solicitar una apelación en cualquier momento en que no esté de acuerdo con la decisión de FirstCare CHIP. La decisión puede referirse a finalizar o a limitar servicios de salud. Si no está satisfecho con nuestra decisión, puede solicitar una apelación.

Solamente tendrá 180 días a partir de la fecha de la carta para presentar una apelación. Si no presenta su apelación dentro de los 180 días, la decisión inicial será definitiva y ya no tendrá el derecho de apelar a FirstCare. La apelación no es un tribunal de justicia.

¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

Usted puede pedirla por teléfono o por escrito. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 o escribanos a

FirstCare Health Plans
Attn: Complaints and Appeals Department
1206 W Campus Drive
Temple, TX 76502

También puede enviar un fax al 806-784-4319

Si llama a FirstCare para solicitar una apelación, puede hacer un seguimiento de su llamada telefónica enviando una solicitud por escrito.

¿Puede un representante de FirstCare ayudarme a presentar una apelación?

Sí. Llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Apelaciones aceleradas

¿Qué es una apelación acelerada?

La apelación acelerada ocurre si el plan de salud debe tomar una decisión rápida debido a una condición de salud, cuando el tiempo que demora una apelación estándar podría poner en peligro su vida o su salud.

¿Cómo solicito una apelación acelerada? ¿Es necesario presentar mi solicitud por escrito?

Puede solicitar una apelación acelerada por teléfono o por escrito. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447. Si llama a FirstCare para solicitar una apelación acelerada, no es necesario presentar además una solicitud por escrito.

¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?

Se tomará una decisión y se le entregará dentro de un día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información. Lo notificaremos por teléfono y dentro de los siguientes tres días le enviaremos una carta.

Si su apelación acelerada se refiere a una emergencia en curso o a la denegación para permanecer en el hospital, FirstCare revisará su caso y se comunicará con usted en el plazo de un (1) día hábil después de recibir su solicitud. Le notificaremos la decisión por teléfono y dentro de los siguientes tres días le enviaremos una carta. Otras apelaciones aceleradas se decidirán dentro de las 72 horas.

¿Qué ocurre si FirstCare rechaza una apelación acelerada?

Usted o su representante pueden solicitar una revisión independiente si no están satisfechos con la decisión sobre su apelación.

¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?

El Servicio al Cliente de FirstCare puede ayudarle con su apelación. Llame sin cargo a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447.

Proceso de la Organización de Revisión Independiente

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

Una Organización de Revisión Independiente es un proceso para realizar la revisión administrativa definitiva de una necesidad médica y de la pertinencia de la atención médica brindada o propuesta para un paciente. La decisión de la IRO es vinculante para el plan de atención médica. En circunstancias que involucran una condición con riesgo de vida o cuando se rechaza una solicitud de apelación acelerada, el miembro tiene derecho a una apelación inmediata ante una IRO.

¿Tengo derecho a apelar ante una IRO?

Si se toma la decisión de finalizar la atención médica, usted tiene derecho a apelar ante una IRO. Este es un proceso que permite tomar una decisión final.

La decisión de la IRO es vinculante para el plan de atención médica.

¿Cómo solicito una revisión de una IRO?

Cualquier parte cuya apelación de un procedimiento sea denegada por FirstCare tiene derecho a solicitar la revisión de esa determinación por parte de una IRO de la siguiente manera:

- Se proporcionará al miembro o a su representante designado información sobre cómo apelar ante una IRO la denegación en una determinación adversa. Además, esta información se le proporcionará en el momento de denegarse la apelación.
- Se entregará al miembro o a su representante designado un formulario de solicitud de IRO, el cual deberá completarse y devolverse a FirstCare dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la fecha de la denegación, a fin de comenzar el proceso de revisión independiente.
- En situaciones con riesgo de vida, el miembro o su representante designado podrán comunicarse con el Servicio al Cliente de FirstCare para solicitar la revisión y proporcionar por teléfono la información requerida.
- Las revisiones retroactivas de determinaciones adversas no están sujetas a un proceso de apelación ante una IRO.
- El proceso de apelación no le prohíbe procurar otros recursos apropiados, como medidas cautelares, sentencias declarativas o medidas de alivio disponibles según la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pusiera en grave peligro la salud del miembro.

Todas las solicitudes de asistencia al presentar un formulario de solicitud de IRO deben dirigirse al Servicio al Cliente. El formulario de solicitud de IRO debe enviarse por correo o fax a:

FirstCare Health Plans
Complaints and Appeals Department
1206 W Campus Drive
Temple, TX 76502
Teléfono: 877-639-2447
Fax: 806-784-4319

FirstCare Health Plans cumplirá la determinación de la Organización de Revisión Independiente (IRO) con respecto a la necesidad médica o pertinencia de los componentes y servicios de atención médica, y a la naturaleza experimental o investigativa de los componentes y servicios de atención médica para un afiliado.

La IRO completa la revisión, toma una decisión y notifica a todas las partes involucradas dentro de los siguientes plazos:

- 45 días para casos sin riesgo de vida; o
- 72 horas o menos para casos con riesgo de vida.

Al recibir una solicitud de revisión de una IRO:

- Si la solicitud del miembro llega a través de FirstCare, el miembro recibe de FirstCare el formulario de solicitud de IRO para solicitar la revisión independiente. Si el miembro desea ayuda para completar el formulario, puede obtenerla de Servicio al Cliente de FirstCare, llamando al 1-877-639-2447.
- FirstCare luego envía el formulario completado a una Organización de Revisión Independiente (IRO) para procesar la solicitud de IRO.

Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI):

Cualquier persona, incluso quienes hayan intentado resolver quejas/apelaciones —así como apelaciones a una determinación adversa— a través de los procedimientos descritos anteriormente que no esté satisfecha con la resolución, puede informar su insatisfacción al TDI.

TDI investigará la queja y emitirá una determinación dentro de los plazos establecidos por el TDI. Los miembros y los proveedores pueden presentar una queja al TDI llamando sin cargo al 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

Texas Department of Insurance
PO Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax: 512-490-1007
En línea: www.tdi.texas.gov

Reportar malgasto, abuso o fraude de CHIP

¿Desea denunciar malgasto, abuso o fraude en el programa CHIP?

Si usted cree que un médico, dentista, farmacéutico, otro proveedor de atención

médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está actuando ilegalmente, infórmenos. Esto puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual es ilegal. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago de servicios de CHIP que no se prestaron o no eran necesarios.
- Está mintiendo sobre su condición médica para recibir tratamiento.
- Permite que otra persona use su tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está mintiendo sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

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

- Llame a la línea directa de la Oficina del Inspector General (OIG) al 1-800-436-6184;
- Visite <https://oig.hhsc.texas.gov/> y haga clic en la casilla “Report Fraud” (Reportar fraude) para completar un formulario por Internet; o bien
- Puede informar directamente a su plan de salud llamando a la Línea de Ayuda para el Cumplimiento al 1-888-484-6977 o visitando app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp

FirstCare Health Plans
Attn: Compliance Officer
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Teléfono: 1-888-484-6977
Correo electrónico: HPCOMPLIANCE@BSWHealth.org

- Visite: app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, reúna la mayor cantidad de información posible.

- Al reportar un proveedor (médico, dentista, consejero, etc.) incluya los siguientes datos:
 - El nombre, dirección y teléfono del proveedor.
 - El 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 reportar a una persona que recibe beneficios, incluya lo siguiente:
 - El nombre de la persona.

- Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso, si los tiene.
- La ciudad en la que vive la persona.
- Detalles específicos del malgasto, abuso o fraude.

Política de privacidad de FirstCare

Aviso de Privacidad

La ley federal requiere que FirstCare proteja la privacidad de la información protegida sobre la salud (PHI). Tenemos la obligación de notificarle nuestros deberes legales, las prácticas de privacidad respecto a los usos de la PHI e informarle sobre sus derechos individuales. En este aviso se detallan los propósitos para los cuales FirstCare puede utilizar y divulgar la información protegida sobre su salud. En nuestro sitio web encontrará una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad: firstcare.com/en/Important-Information/HIPAA-Information. También puede solicitar una copia impresa llamándonos al 1-844-633-5325.

Derecho a la privacidad de la información protegida sobre su salud

Derechos sobre la información protegida sobre su salud (PHI)

Usted tiene derecho a ver y obtener copias de sus expedientes.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a obtener copias de sus expedientes. Debe realizar la solicitud por escrito enviando una carta a:

Customer Advocacy, FirstCare
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Phone: 1-800-884-4901

Los expedientes serán un “conjunto de registros designado”, lo que significa que tenemos un conjunto habitual de registros para todas las solicitudes de esta naturaleza. No se incluirá información sobre reclamaciones o servicios de salud mental. Para obtener esa información deberá comunicarse con su proveedor de atención de salud mental.

NOTA: FirstCare paga reclamaciones médicas y nuestros registros consisten principalmente en información de reclamaciones. No creamos ni guardamos expedientes médicos como aquellos creados y guardados por médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Para obtener esos registros, deberá comunicarse con su médico. **Además, puede obtener muchos de los mismos expedientes al instante y sin cargo utilizando nuestro portal web seguro para miembros de FirstCare en FirstCare.com.**

Derecho a solicitar la corrección o actualización de sus registros.

Si cree que hay un error en sus registros, puede pedirle a FirstCare que modifique información o agregue la información faltante. Debe realizar la solicitud por escrito y proporcionar una razón para su pedido. Es poco probable que tengamos registros que requieran correcciones. Tenemos derecho a estar en desacuerdo con cualquier modificación propuesta, y nos pondremos en

contacto con usted para informarle nuestra decisión. Como no somos un proveedor de atención médica, es poco probable que aceptemos cualquier modificación en los registros médicos que tengamos en nuestros archivos. Por supuesto, haremos modificaciones en la dirección, el número de teléfono o datos similares cuando su empleador nos lo notifique.

Derecho a obtener una lista de divulgaciones.

Usted puede solicitar a FirstCare una lista de ciertas divulgaciones de la información protegida sobre su salud. Debe hacer su solicitud por escrito. Esta lista no incluirá las veces que se compartió información para los servicios de rutina del plan de salud, que son “tratamiento, pago u operaciones de atención médica”, como se indicó anteriormente. La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia, ni información que se haya enviado con cualquier autorización previa dada por usted.

Derecho a solicitar límites.

Usted tiene derecho a solicitar que FirstCare limite cómo se usa o divulga su información. Debe hacer su solicitud por escrito. Díganos qué información desea limitar y a quién. FirstCare no está obligado a aceptar la restricción. Cuando quiera que finalicen las restricciones, podrá solicitarlo por escrito o verbalmente.

Derecho a cancelar su autorización.

Si firmó una autorización para que FirstCare use o divulgue información, puede cancelar esa autorización en cualquier momento. Debe hacer su solicitud por escrito. Eso no afectará la información que ya ha sido divulgada con su autorización.

Derecho a elegir cómo nos comunicamos con usted.

Puede solicitar que FirstCare comparta información con usted de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirle a FirstCare que envíe información a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio. Debe hacer su solicitud por escrito. No tendrá que explicar los motivos de su pedido.

Derecho a presentar una queja.

Puede presentar una queja si no está de acuerdo con la manera en que FirstCare ha utilizado o divulgado su información.

Derecho a recibir una copia de este aviso.

Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

NOTA: Tenemos derecho a confirmar la identidad de cualquier persona que haga cualquiera de las solicitudes indicadas anteriormente. Esto es para proteger la información protegida sobre su salud.

Cómo comunicarse con FirstCare para revisar, corregir o limitar la información protegida sobre su salud

Puede comunicarse con FirstCare a la dirección indicada al final de este aviso para:

- Pedir ver o recibir una copia de sus registros.
- Solicitar que se corrijan o modifiquen sus registros.
- Solicitar que se limite cómo se distribuye su información.
- Solicitar una lista de las veces que FirstCare divulgó su información más allá del tratamiento, pago u operaciones.
- Solicitar que se cancele su autorización.

FirstCare podría no aprobar su solicitud de ver, copiar o modificar sus registros. Si FirstCare no aprueba su solicitud, le enviará una carta que le indicará por qué y cómo puede solicitar una revisión de la denegación. También recibirá información sobre cómo presentar una queja ante FirstCare o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Cómo presentar una queja o informar un problema

Puede comunicarse con cualquiera de las personas indicadas continuación si desea presentar una queja o informar un problema sobre cómo FirstCare ha utilizado o divulgado su información. Sus beneficios no serán modificados por ninguna queja que usted haga. FirstCare no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a algo que usted considera ilegal.

Customer Advocacy, FirstCare
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
Teléfono: 1-800-884-4901

Office for Civil Rights, Region VI
U.S. Dept of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1169
Dallas, TX 75202
Teléfono: 1-214-767-4056
Fax: 1-214-767-0432
TDD: 1-214-767-8940
Correo electrónico: [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr)

Si tiene alguna pregunta o necesita más información, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad de FirstCare.

FirstCare Privacy Officer
301 N. Washington Ave.
Dallas, TX 75246
Teléfono: 1-866-218-6920

FirstCare puede modificar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Se le enviará una copia del nuevo aviso, según lo exige la ley. La versión más reciente siempre se publicará en nuestro sitio web. Puede solicitar una copia en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente de FirstCare al 1-877-639-2447 o bien obtenerla en línea en [FirstCare.com](https://www.FirstCare.com).

Glosario de términos

Apelación - Una solicitud para que su organización de atención administrada vuelva a evaluar una denegación o una queja.

Queja - Una queja que usted comunica a su aseguradora o plan de salud.

Copago - Una cantidad fija (por ejemplo, \$15) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

Equipo médico duradero (DME) - Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para uso diario o prolongado. La cobertura de DME puede incluir, entre otros, los siguientes equipos: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas y suministros para personas diabéticas.

Condición médica de emergencia - Una enfermedad, lesión, síntoma o condición médica tan grave que una persona razonable solicitaría atención médica de inmediato para evitar daños.

Transporte médico de emergencia - Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una condición médica de emergencia.

Atención médica en sala de emergencias - Servicios de emergencia que se reciben en una sala de emergencias.

Servicios de emergencia - Evaluación de una condición médica de emergencia y su tratamiento para evitar que la afección empeore.

Servicios excluidos - Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no paga ni cubre.

Protesta - Una queja a su aseguradora o plan de salud.

Servicios y dispositivos de habilitación - Servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, los cuales ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y la funcionalidad para la vida diaria.

Seguro de salud - Un contrato que requiere que su aseguradora de salud pague sus costos de atención médica cubiertos a cambio de una prima.

Atención de la salud en el hogar - Servicios de atención médica que una persona recibe en su hogar.

Servicios de hospicio - Servicios para brindar confort y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

Hospitalización - Atención médica en un hospital que requiere la admisión como paciente internado y que generalmente requiere una internación con cama.

Atención en hospital como paciente ambulatorio - Atención médica en un hospital que generalmente no requiere una internación con cama.

Medicamento necesarios - Suministros o servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas, que cumplen los estándares aceptados en la medicina.

Red - Los centros, los proveedores y abastecedores que su aseguradora o plan de salud ha contratado para prestar servicios de atención médica.

Proveedor no participante - Un proveedor que no tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para prestarle los servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora o plan de salud para obtener servicios

de un proveedor no participante que de un proveedor participante. En casos limitados, como cuando no dispone de otros proveedores, su aseguradora de salud puede contratar a un proveedor no participante.

Proveedor participante - Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para prestarle servicios cubiertos.

Servicios médicos - Servicios de atención médica que un médico con licencia, tal como un Doctor en Medicina (MD) o un Doctor en Osteopatía (DO), proporciona o coordina.

Plan - Un beneficio, tal como Medicaid, que proporciona y paga por sus servicios de atención médica.

Autorización previa - Una decisión de su aseguradora o plan de salud acerca de que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero que usted o su proveedor han solicitado, es médicamente necesario. Esta decisión o aprobación, a veces llamada preautorización, aprobación previa o certificación previa, se debe obtener antes de recibir el servicio solicitado. La autorización previa no es una promesa de que su plan o seguro de salud cubrirá el costo.

Prima - El monto que debe pagar por su seguro o plan de salud.

Cobertura de medicamentos recetados - Seguro o plan de salud que ayuda a pagar sus medicinas y medicamentos recetados.

Medicamentos recetados - Medicinas y medicamentos que, de acuerdo con la ley, requieren una receta médica.

Médico de atención primaria - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (MD) o un Doctor en Osteopatía (DO), que proporciona o coordina directamente una serie de servicios de atención médica para un paciente.

Proveedor de atención primaria - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (MD) o un Doctor en Osteopatía (DO), enfermera especializada, enfermera clínica especialista o asistente médico, según lo permitan las leyes del estado, que proporciona, coordina o ayuda directamente a un paciente a acceder a una amplia variedad de servicios de atención médica.

Proveedor - Un médico, tal como un Doctor en Medicina (MD) o un Doctor en Osteopatía (DO), profesional del cuidado de la salud o centro de atención de la salud con licencia, certificado o acreditado según lo requieran las leyes del estado.

Servicios y dispositivos de rehabilitación - Servicios de atención médica, como servicios de fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionalidad para la vida diaria que se han perdido o se han deteriorado debido a que la persona estuvo enferma, lesionada o discapacitada.

Atención de enfermería especializada - Servicios de enfermeras con licencia en su propio hogar o en un hogar de descanso.

Especialista - Un médico especialista se concentra en un área específica de la medicina o en un determinado grupo de pacientes para diagnosticar, gestionar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y condiciones médicas.

Atención de urgencia - Atención de una enfermedad, lesión o condición médica lo suficientemente grave como para que una persona razonable solicite atención médica de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

Ayuda adicional para miembros de CHIP

Disponible sin cargo para los miembros que califican



Scrubbing In

¿Qué es Scrubbing In?

Consejos de bienestar semanales para todas las etapas de la vida, para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos y saludables. Siga el enlace en la página de miembros en FirstCare.com o descargue la aplicación MyBSWHealth para leer en su teléfono.

Recursos de FindHelp:

Encuentre recursos locales gratuitos o de costo reducido

¿Qué puede hacer FindHelp?

Encuentre recursos locales gratuitos o de costo reducido para ayudar en:

- Asistencia para el cuidado de niños
- Comida
- Alquiler
- Servicios sociales
- ¡Y más!

¿Cómo puedo acceder a FindHelp?

Acceda a FindHelp en el portal para miembros, en las opciones Wellness & Community (Bienestar y Comunidad) y Connect to Local Resources (Conéctese con Recursos Locales). También puede acceder en BSWHealthPlan.Findhelp.com.

El poder de elegir

Cuando necesite atención médica, usted tiene opciones.



LÍNEA DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS

¿Tiene alguna pregunta médica? ¿No está seguro de si debe consultar a un médico? ¡Pregúntele a una enfermera!

Llame al número indicado en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro y podrá obtener la información que necesita, en cualquier momento del día o de la noche.



CUIDADO VIRTUAL

Reciba atención médica desde la comodidad de su hogar utilizando su teléfono, tableta o computadora.

Es una manera rápida y fácil de recibir tratamiento para problemas como alergias, infección de vejiga, resfriados, gripe, conjuntivitis, sinusitis, problemas estomacales o infecciones por hongos. Elija MyBSWHealth o Teladoc para recibir atención médica. Teladoc también ofrece tratamientos para la ansiedad, la depresión y otras afecciones de salud mental en horarios determinados.



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Si no necesita atención médica de inmediato, llame a su médico para programar una visita.

Para condiciones médicas como asma, gestión de la diabetes, dolor de oídos, presión arterial alta, dolores de cabeza, tratamientos preventivos, torceduras, etc.



CLÍNICAS SIN CITA PREVIA

Citas para el mismo día cuando su médico no está disponible.

Para condiciones médicas como asma, infección de vejiga, dolor de oídos o sinusitis, gripe, dolor de garganta o esguinces. Encuentre una clínica en su red visitando FirstCare.com.



ATENCIÓN DE URGENCIA

Cuando no se trata de una emergencia, pero necesita atención práctica y no puede esperar a tener una cita.

Las clínicas de atención de urgencias pueden ofrecer tiempos de espera más cortos que una sala de emergencias. Para condiciones médicas como dolor de espalda, cortes menores con posibles puntos de sutura, torceduras, dolor de oídos, quemaduras menores o lesiones oculares menores. Encuentre un centro de atención de urgencias en su red visitando FirstCare.com.



SALA DE EMERGENCIAS

Para cualquier afección que usted considere un peligro para su vida.

Llame al 911 o visite a la sala de emergencias si tiene condiciones médicas como dolor de pecho, cortes o heridas profundas, dificultad para respirar, envenenamiento, sobredosis y comportamiento suicida, dolor abdominal, tos o vómitos con sangre, quemaduras graves, lesiones graves en la cabeza, pérdida repentina del equilibrio, cambios en la visión, debilidad muscular facial, debilidad en brazos o piernas.



TEXAS
Health and Human
Services

¿CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA?

¿No está satisfecho con los servicios de Medicaid o de su plan médico? Háganoslo saber. Usted puede presentar una queja para explicarnos su situación. Haga lo siguiente:

Paso 1: Llame a su plan médico

Generalmente pueden ayudarle con mayor rapidez.

FirstCare[™]
HEALTH PLANS

800-431-7798

Si no tiene un plan médico, llame a la línea de ayuda de Medicaid al

800-335-8957.

Paso 2: Si todavía necesita ayuda...

Llame a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos:

866-566-8989

de lunes a viernes
de 8 a.m. a 5 p.m.
(hora del centro).



Llene este

formulario

en línea

<http://bit.ly/ComplaintSubmission>



El equipo del ombudsman puede ayudar a resolver problemas con su cobertura de Medicaid. Si la situación es urgente, el equipo atenderá su queja lo antes posible.

Lo que debe esperar

- › Se le devuelve la llamada en el plazo de **un día hábil**
- › Se empieza a tramitar su queja
- › Se le contacta cada **cinco días hábiles** hasta que la situación se resuelva
- › Se le explica lo que pasó y lo que quizás deba hacer

Cuando llame, tenga a la mano:

- El número de identificación de Medicaid
- Su nombre, fecha de nacimiento y dirección

Si se trata de un problema con su médico, sus medicamentos o su equipo médico, tenga a la mano:

- El número telefónico de su médico, farmacia o compañía de equipo médico
- Documentación relacionada con su queja como cartas, facturas o recetas médicas

Se le llama

su queja como

Visite nuestro sitio web: bit.ly/MedicaidCHIPContacts

Esté al pendiente de los signos de una urgencia materna.

Podría salvarle la vida.

Una guía para familiares y amigos.

HEAR[®]
ESCÚCHELA
TEXAS

¿Cómo puede usted ayudar?

Si una mujer que está embarazada o lo estuvo recientemente dice que le preocupa algo de su salud, tómese el tiempo para escucharla. Usted puede ayudar a salvarle la vida escuchándola y actuando rápidamente.

- Conozca los signos de una urgencia materna.
- Escuche lo que le preocupa.
- Anímela a comunicarse con su profesional de salud si siente que algo no está bien. Si ella está experimentando algún signo de urgencia materna (es decir los síntomas que significan un posible problema grave de salud), debe recibir atención médica de inmediato.
- Ofrezca ir con ella para recibir atención médica y ayudarla a hacer preguntas.
- Tome notas y ayúdela a hablar con un profesional de salud para obtener el apoyo que necesita.
- Pida un traductor si no habla el mismo idioma que su profesional de salud.
- Acompañela a las citas de seguimiento. Esté al pendiente de cómo se siente ella.

Signos de una urgencia materna.

Si alguien que está embarazada o que lo estuvo hace menos de un año tiene alguno de estos síntomas, debe recibir atención médica de inmediato.

- Dolor de cabeza que no desaparece o empeora con el tiempo
- Mareos o desmayos
- Pensamientos de hacerse daño o hacerle daño a su bebé
- Cambios en la visión
- Fiebre de 100.4°F (38°C) o más
- Hinchazón extrema de las manos o la cara
- Dificultad para respirar
- Dolor de pecho o palpitaciones del corazón
- Náuseas y vómitos intensos (*distintos a las náuseas matutinas*)
- Dolor de vientre que no se le quita
- El bebé deja de moverse o se mueve menos en el vientre
- Sangrado o expulsión de líquido por la vagina durante el embarazo
- Sangrado abundante o expulsión de líquido con mal olor, por la vagina, después del embarazo
- Hinchazón, enrojecimiento o dolor en la pierna
- Cansancio extremo

Esta lista no contiene todos los síntomas que puede tener una mujer durante o después del embarazo. Conozca más sobre los signos de una urgencia materna en dshs.texas.gov/EscuchelaTX

Escuche sus inquietudes: durante y después del embarazo

Las complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo y hasta un año después. Si su familiar o amiga le dice que siente que algo no está bien, apóyela. Ayúdela a obtener la atención y las respuestas que necesita. Esté al pendiente de los signos de una urgencia materna. Estos síntomas pueden indicar un problema médico más grave. Busque atención médica inmediata si experimenta estos síntomas. Use estas frases como guía para conversar:

Durante el embarazo

- Con todos los cambios por los que estás pasando, es difícil saber lo que es normal. Si hay algo que te preocupa, lo mejor es que te revisen.
- Es importante que le avisemos a tu profesional de salud y nos aseguremos de que todo esté bien.
- Cuenta con mi apoyo. Hay que hablarle a tu profesional de salud para que recibas la atención que necesitas.

Después del embarazo

- Es normal sentirse cansada y tener algo de dolor después de dar a luz, pero nadie conoce mejor su cuerpo que tú. Si algo te preocupa, habla con tu profesional de salud.
- Aunque tu nuevo bebé necesita muchos cuidados, también es importante que te cuides tú.
- No estás sola. Te escucho. Hay que hablarle a tu profesional de salud para que recibas la atención que necesitas.

HEAR[®]
ESCÚCHELA
TEXAS

Conozca más sobre cómo apoyarla durante y después del embarazo en dshs.texas.gov/EscuchelaTX

HEAR, Hear Her Concerns and Escuchela son marcas registradas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Texas Department of State
Health Services



Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Baylor Scott & White Health (“BSWH”) y de los miembros de su Entidad cubierta afiliada (“BSWH ACE”, por sus siglas en inglés), además de cómo podríamos usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede acceder a su información médica. Una Entidad cubierta afiliada (o “ACE”) es un grupo de entidades cubiertas, proveedores de atención médica y planes de salud, bajo control o posesión común, que se consideran a sí mismos como una sola entidad para fines de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”).

Los miembros de la BSWH ACE comparten información médica protegida entre sí para fines de tratamiento, pagos y trámites de atención médica de la BSWH ACE, como lo permite la ley HIPAA y este Aviso. Visite nuestro sitio web en [BSWHealth.com/PrivacyMatters](https://www.bswhealth.com/PrivacyMatters) para ver una lista actualizada de miembros de BSWH ACE. Esta lista también está disponible a petición ya sea en nuestras instalaciones como por medio de nuestro número sin cargo 1.866.218.6920.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico

- Usted puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tenemos. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica de acuerdo con los requisitos estatales y federales pertinentes. Podríamos cobrar un cargo razonable basado en el costo.
- Usted puede revocar una autorización otorgada para usar o divulgar su información médica, salvo en la medida en que ya hemos tomado alguna acción sobre la base de esa autorización. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**

Pedirnos que corriamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corriamos la información médica suya que crea que no sea correcta o esté incompleta. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aunque podremos denegar su solicitud, le indicaremos el motivo de la denegación por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono celular, de la casa o de la oficina) o enviarle correo a una dirección diferente. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o divulgamos

- Usted puede pedirnos que **no** usemos ni divulguemos cierta información médica para fines de tratamiento, pagos o nuestras operaciones. No tenemos que aceptar su petición. Por ejemplo, podríamos denegarlo si se pudiera ver afectada su atención médica. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Si usted paga por un servicio o atención médica en su totalidad de su propio bolsillo, puede pedirnos que no divulguemos información para fines de pagos o de nuestras operaciones a su aseguradora. Aceptaremos esta solicitud salvo si la ley nos exige divulgar esa información.

Obtener una lista de aquellos a quienes hemos divulgado información

- Usted puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos divulgado su información médica en los seis años previos a la fecha de su solicitud, a quién se la hemos divulgado y por qué. **Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo.**
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo aquellas que traten sobre tratamiento, pagos y trámites de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (por ejemplo, las que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos un recuento al año gratuitamente, pero cobraremos un cargo razonable basado en el costo si nos pide otro dentro de un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este Aviso de privacidad

- Puede pedir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirlo electrónicamente.
- También puede ver una copia de este Aviso en nuestros **sitios web**.

Seleccionar a alguien para que actúe por usted

- Si le ha otorgado a alguien un poder legal para la atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar alguna acción.

Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad se han violado

- Puede presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad se han violado, comunicándose con nosotros por medio de la Oficina de Cumplimiento de HIPAA (en inglés, Office of HIPAA Compliance) con la información de contacto a continuación.
- También puede presentar una queja enviando una carta al Departamento de Salud y Servicios Humanos a la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o bien, llamar al 1.877.696.6775 o visitar www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Hospital o clínica

Para obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico, comuníquese con el departamento de **Health Information Management** en el **hospital** o la clínica ambulatoria directamente donde recibió atención médica.

Si tiene preguntas u otras quejas, también puede comunicarse con la **clínica ambulatoria** directamente o el departamento **Patient Relations Department** en el **hospital** donde recibió atención médica llamando al número sin cargo **1.866.218. 6919**.

Oficina de Cumplimiento de HIPAA

Si tiene alguna solicitud relacionada con una autorización, enmienda, comunicación confidencial, restricción, lista de aquellos a quienes hemos divulgado información, revocación de una autorización, optar por participar o no en el intercambio electrónico de información médica o presentar una queja, comuníquese con nosotros de la siguiente manera:

1.866.218.6920 (sin cargo), o **BSWHealth.com/PrivacyMatters** o BSWH Office of HIPAA Compliance
301 N. Washington Avenue, Dallas, TX 75246.

Plan de salud

Para obtener una copia electrónica o impresa de la información médica que tengamos sobre usted o si tiene preguntas u otras quejas relacionadas con la cobertura del plan de salud, comuníquese con la línea de defensa de consumidores (Customer Advocacy) de la siguiente manera:

1.800.321.7947 Scott and White Health Plan (“SWHP”) y comercializada también como Baylor Scott & White Health Plan y Baylor Scott & White Insurance Company; o bien **1.800.884.4901 FirstCare** o **1.855.897.4448 RightCare** o 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502, ATTN: Customer Advocacy.

Con respecto a cierta información médica, puede decirnos las opciones que desea acerca de lo que podremos divulgar.

Usted tiene derecho a pedirnos que:

- Divulguemos información a su familia, amistades allegadas u otras personas involucradas en sus cuidados
 - Divulguemos información en una situación de desastre
 - Incluyamos su información en un directorio del hospital
- Si no nos puede decir su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos proceder y divulgar su información si creemos que es por su propio bien. También podríamos divulgar su información cuando sea necesario para mitigar algún peligro grave e inminente para su salud o seguridad.**

Nunca divulgaremos su información a menos que usted nos dé un permiso por escrito para hacerlo:

- Para fines de mercadeo
- Para vender su información, ya que esta actividad está definida en virtud de HIPAA
- En la mayoría de los casos para divulgar las notas de psicoterapia

Recaudación de fondos:

- Podríamos comunicarnos con usted sobre actividades de recaudación de fondos, pero usted nos puede pedir que no lo hagamos.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o divulgamos generalmente su información médica? Por lo general usamos o divulgamos su información médica de las siguientes maneras:

Tratamiento

- Podemos usar su información médica y divulgarla a otros profesionales que le estén dando tratamiento y para recomendar tratamientos alternativos, coordinar la atención médica y sobre lugares alternativos de atención médica.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información médica para administrar nuestra organización y mejorar los cuidados de los pacientes/miembros.
Por ejemplo: Podemos usar y divulgar su información médica para apoyar programas y actividades dirigidos a mejorar la calidad de los servicios de tratamiento y proporcionar servicio al cliente. Por ejemplo, podríamos combinar la información médica de muchos pacientes para evaluar la necesidad de nuevos servicios o tratamientos dirigidos a mejorar la calidad de la atención de los pacientes.

Facturar nuestros servicios

- Podemos usar y divulgar su información médica para cobrar y obtener el pago de planes médicos o de otras entidades.
Por ejemplo: Daremos información sobre usted a su seguro médico para que dicho seguro pague por sus servicios.

Recibir pagos adeudados

- Podemos usar y compartir su información médica para el pago de las primas pagaderas a nosotros, determinar su cobertura y para el pago por los servicios de atención médica que reciba.
Por ejemplo: Podríamos decirle a un médico que usted califica para una cobertura y qué porcentaje de la factura podría tener cobertura.

Suscribir seguros médicos

- Podríamos usar o divulgar su información médica para la emisión de seguros; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para estos fines.

¿De qué manera usamos o divulgamos su información médica?

Estamos autorizados o requeridos a divulgar su información de otras maneras, generalmente en formas que contribuyan al bienestar público, como de las maneras indicadas a continuación. Tenemos que cumplir con ciertas condiciones establecidas por la ley antes de que podamos divulgar su información para estos fines. Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Salud y seguridad pública	Podemos divulgar su información médica en ciertas situaciones, como por ejemplo, para lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> Prevenir enfermedades Contribuir a las retiradas de productos del mercado Informar reacciones adversas a medicamentos Informar presuntos actos de maltrato, abandono o violencia doméstica Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de una persona
Inmunizaciones de estudiantes	Podríamos revelar un comprobante de las inmunizaciones de su hijo a las escuelas si usted nos lo permite verbalmente o por escrito.
Investigación	Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación médica en ciertas circunstancias.
Cumplimiento con la ley	Divulgaremos información sobre usted si las leyes o los reglamentos estatales, federales o locales lo requieren, así como al Departamento de Salud y Servicios Humanos si dicho departamento desea ver cómo estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.
Donación de órganos y tejidos	Podemos divulgar información médica sobre usted a organizaciones que procuran órganos.
Médicos forenses o directores de funerarias	Podríamos divulgar información médica a médicos forenses, personas encargadas del análisis de cadáveres o directores de funerarias cuando muere una persona.
Solicitudes de compensación a los trabajadores y otras solicitudes del gobierno	Podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes fines: <ul style="list-style-type: none"> Reclamaciones de la compensación a los trabajadores Procesos para el cumplimiento de la ley o con un funcionario de la policía Agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley Funciones especiales del gobierno, como para los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Proveedores de servicio	Podríamos divulgar información médica sobre usted a proveedores de servicio que nos asisten y que tienen la misma obligación contractual para salvaguardar la información.
Información sin identificación incluida	Podríamos usar información médica sobre usted para crear información sin incluir su identificación. Esta es información que ha atravesado por un proceso riguroso para que el riesgo de identificarle sea mínimo. Una vez que se han eliminado los datos de identidad de la información médica de conformidad con la HIPAA, la podríamos usar o divulgar por diversos fines, como para la investigación o desarrollo de nuevas tecnologías de atención médica, y por lo tanto, la información sin identificación incluida no estaría sujeta a este Aviso ni a sus derechos aquí descritos. Podríamos recibir compensación por la información sin identificación incluida.
Demandas o acciones leales	Podríamos divulgar su información médica para cumplir con una orden judicial o administrativa o para responder a una citación.
Intercambio electrónico de información médica ("HIE", por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> Utilizamos los HIE para intercambiar información médica electrónica sobre usted con otros proveedores de atención médica o entidades que no forman parte de nuestro sistema de atención médica. La información intercambiada entre proveedores o entidades puede almacenarse en sus propios sistemas. Nuestro sistema sanitario y estos otros proveedores o entidades pueden utilizar los HIE para ver su información sanitaria electrónica con los fines descritos en este Aviso, para coordinar su atención y según lo permita la ley. Controlamos quién puede ver su información dentro de nuestro sistema de atención sanitaria, pero otras personas y entidades que utilizan los HIE pueden divulgar su información a otros sujetos a las normas de cada HIE. Usted puede optar por no participar en todos los HIEs presentando una solicitud por escrito a la Oficina de Cumplimiento de HIPAA de BSWH. Si opta por no participar, otros podrán seguir solicitando su información a través de los HIE, pero su información no podrá verse a través de los HIE. Puede volver a optar por los HIE en cualquier momento. Consulte la página 2 para saber cómo hacerlo. No es necesario participar en ningún HIE para recibir atención.

Nuestras responsabilidades

- Por ley, tenemos que mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le indicaremos con prontitud si se revela indebidamente información que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información específica.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este Aviso y entregarle a usted una copia del mismo.
- No usaremos ni divulgaremos su información excepto como se ha descrito en el presente a menos que usted nos diga por escrito.

Para obtener más información, consulte: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este Aviso
Podemos cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso actual estará a su disposición si lo solicita, en nuestra oficina y en nuestros sitios web.

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-639-2447 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-639-2447 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-639-2447 (TTY: 711).

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 1-877-639-2447 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-639-2447 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-639-2447 (رقم

Urdu:

کریں (TTY: 711) 1-877-639-2447 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 1-877-639-2447 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-639-2447 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-639-2447 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. با 1-877-639-2447 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-639-2447 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-639-2447 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-639-2447 (телетайп: 711).

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。1-877-639-2447 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ປູ່ດຊາບ: ຖ້າ ທ່ານ ກ່າວ ພາສາ ລາວ, ການບໍ່ ຈຳ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນ ພາສາ, ໂດຍບໍ່ ຈ່າຍ ບັດ ຈ່າຍ, ແມ່ນ ມີ ອາໄຫຼ່ ທ່ານ. ໂທ 1-877-639-2447 (TTY: 711).

Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-639-2447 (TTY: 711).

FirstCare Health Plans, propiedad de Scott and White Health Plan, cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad identidad de género, sexo o orientación sexual.

FirstCare Health Plans:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas
- Nunca usaremos su información sobre raza, sexo, color, origen nacional, edad, discapacidad, identidad de género y orientación sexual para negarle servicios, beneficios o con fines de suscripción

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a HPCompliance@BSWHealth.org

Si cree que FirstCare Health Plans no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo 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 EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.



FirstCareTM
— ★ —
HEALTH PLANS
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

1206 West Campus Drive, Temple, Tx 76502

