

**PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL PROGRAMA PERINATAL DEL  
PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS AÚN NO NACIDOS  
PRUEBA DE COBERTURA  
ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD  
PLAN SIN AUTORIZACIÓN FEDERAL**

ESTA PRUEBA DE COBERTURA (CONTRATO) SE EMITE PARA USTED, CUYO HIJO AÚN NO NACIDO HA SIDO INSCRITO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** A TRAVÉS DEL PROGRAMA PERINATAL DEL DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP). USTED ACEPTA ADHERIRSE A ESTAS DISPOSICIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS AL COMPLETAR LA FORMA DE INSCRIPCIÓN Y ACEPTAR ESTA PRUEBA DE COBERTURA. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS Y LOS BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS QUE RECIBE SU HIJO AÚN NO NACIDO DE PARTE DEL **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** A TRAVÉS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP.

Emitido por  
Texas Children's Health Plan  
P.O. Box 301011,NB-8360  
Houston, TX 77230  
832-828-1002  
1-866-959-6555

En asociación con:

Children's Health Insurance Program Perinatal Program  
P.O. Box 149276  
Austin, TX 78714-9983  
1-800-647-6558

## 1 AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o presentar una queja:

2. USTED puede comunicarse con SU plan de salud al teléfono 1-866-959-6555.

### TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN

3. USTED puede llamar al número de teléfono gratis del **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** para obtener información o presentar una queja al

**1-866-959-6555**

4. USTED también puede escribir al **TEXAS CHILDREN'S HEALTH PLAN** a

**P.O. Box 301011, NB-8360  
Houston, TX 77230**

5. USTED puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información acerca de compañías, coberturas, derechos o quejas al

**1-800-252-3439**

6. USTED puede escribir al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance)

P.O. Box 149104  
Austin, TX 78714-9104  
FAX # (512) 475-1771

Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov>

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

7. DISPUTAS POR PRIMA O RECLAMACIONES: En caso de tener una disputa respecto de SU prima o una reclamación debe comunicarse primero con Texas Children's Health Plan. Si no se resuelve la disputa, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: Este aviso tiene únicamente fines informativos y no es una parte ni una condición del documento adjunto.

## ÍNDICE

### I. INTRODUCCIÓN

- A. La Cobertura de SU HIJO AÚN NO NACIDO bajo el PLAN DE SALUD.
- B. SU Contrato con CHIP – Programa Perinatal

### II. DEFINICIONES

### III. ¿CUÁNDO EMPIEZA LA COBERTURA DE UN NIÑO AÚN NO NACIDO INSCRITO?

### IV. COSTOS COMPARTIDOS

### V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO AÚN NO NACIDO

- A. Desafiliación por pérdida de elegibilidad para el Programa Perinatal de CHIP
- B. Desafiliación por el PLAN DE SALUD

### VI. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO AÚN NO NACIDO

- A. Selección del Proveedor del Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO
- B. Cambio del Proveedor del Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO
- C. Servicios de Emergencia
- D. Servicios fuera de la red
- E. Continuidad del tratamiento
- F. Aviso de reclamaciones
- G. Coordinación de beneficios
- H. Subrogación

### VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

- A. Proceso de las quejas
- B. Apelaciones al PLAN DE SALUD
- C. Apelación interna de determinación adversa
- D. Revisión externa por una Organización Independiente de Revisión
- E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI)
- F. Prohibición de represalias

### VIII. DISPOSICIONES GENERALES

- A. Acuerdo Total, Enmiendas
- B. Divulgación y confidencialidad de los registros médicos
- C. Error administrativo
- D. Aviso
- E. Validez
- F. Conformidad con las leyes estatales

### IX. PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS

## I. INTRODUCCIÓN

### A. La Cobertura de SU HIJO AÚN NO NACIDO bajo el PLAN DE SALUD

El PLAN DE SALUD le proporciona beneficios a SU HIJO AÚN NO NACIDO por los Servicios de Salud Cubiertos por el Programa Perinatal de CHIP y determina si servicios de salud particulares son Servicios de Salud Cubiertos, como se describen en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**. Si está inscrito correctamente, SU HIJO es elegible para recibir los beneficios descritos en la **Sección IX**. Todos los servicios deben ser provistos por Médicos y Proveedores participantes salvo los Servicios de Emergencias y los servicios fuera de la red que son autorizados por el PLAN DE SALUD. USTED tiene un Contrato con el PLAN DE SALUD respecto de los asuntos mencionados en esta Sección I.A, como se describen más detalladamente en este Contrato.

### B. SU Contrato con el Programa Perinatal de CHIP

El Programa Perinatal de CHIP ha determinado que SU HIJO AÚN NO NACIDO es elegible para recibir Cobertura y las circunstancias bajo los cuales la Cobertura finalizará. El Programa Perinatal de CHIP también ha determinado la elegibilidad de SU HIJO AÚN NO NACIDO para recibir otros beneficios bajo el Programa Perinatal de CHIP.

## II. DEFINICIONES

**ADMINISTRADOR:** El contratista con el Estado que administra las funciones de inscripción para los planes de salud del Programa Perinatal de CHIP.

**Admisión inicial:** Hospitalización del momento del nacimiento incluyendo ICU; incluye transferencia a otro hospital a un hospital con NICU y cualquier readmisión menos de 24 horas después de ser dado de alta de la admisión inicial

**Agente de Revisión de Utilización:** Una entidad certificada por el Comisionado de Seguros para realizar una Revisión de Utilización.

**Área de Servicios:** El área de servicio del programa perinatal de CHIP es definida por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

**Atención de Salud Conductual Urgente:** Una condición de salud conductual que requiere de atención y evaluación dentro de las veinticuatro (24) horas pero que no coloca a la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO en peligro inminente PARA EL NIÑO AÚN NO NACIDO o a otros y la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO puede cooperar con el tratamiento.

**Atención Urgente:** Una condición de salud incluida una Atención de Salud Conductual Urgente que no es una emergencia pero es suficientemente intensa o dolorosa como para causar que una persona común y prudente, que posee un conocimiento normal y corriente de medicina, crea que la condición en lo que se refiere al NIÑO AÚN NO NACIDO requiere de evaluación para recibir tratamiento médico o tratamiento dentro de las veinticuatro (24) horas por el Proveedor del Programa Prenatal o por la persona designada por el Proveedor del Programa Prenatal para evitar el deterioro serio de la condición o de la salud del NIÑO AÚN NO NACIDO.

**Cargo usual y habitual:** El cargo usual presentado por un grupo, entidad o persona que presta o provee servicios cubiertos, tratamientos o suministros; siempre que el cargo no exceda el nivel general de los cargos presentados por otros que prestan o proveen servicios, tratamientos o suministros iguales o similares.

**Condición de Emergencia:** significa una Condición Médica de Emergencia o una Condición de Salud Conductual de Emergencia.

**Condición de Salud Conductual de Emergencia:** Cualquier condición, independientemente de la naturaleza o causa de la misma, que según la opinión de una persona común y prudente que posee un conocimiento normal y corriente de salud y medicina:

1. requiere de intervención y/o atención médica inmediatas sin la cual la madre de un NIÑO AÚN NO NACIDO sería un peligro inminente para el NIÑO AÚN NO NACIDO o para otros, o
2. que incapacita a la madre de un NIÑO AÚN NO NACIDO para controlar, conocer o entender las consecuencias de sus acciones.

**Condición Médica de Emergencia:** Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de aparición reciente e intensidad suficiente (incluido dolor intenso), tal que una persona común y prudente, que posee un conocimiento normal y corriente de salud y medicina, pudiera esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata puede producir:

1. peligro serio para la salud del NIÑO AÚN NO NACIDO;
2. trastorno serio de las funciones del cuerpo del NIÑO AÚN NO NACIDO;
3. disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo que afectará al NIÑO AÚN NO NACIDO;
4. desfiguración seria del NIÑO AÚN NO NACIDO; o
5. en el caso de una embarazada, peligro serio para la salud de la mujer o de su bebé por nacer.

**Determinación Adversa:** Una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización que estipula que los servicios de atención médica provistos o que se propone proveer a su HIJO AÚN NO NACIDO no son médicamente necesarios o son experimentales o están en el período de investigación).

**Discapacidad:** Un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de un individuo, como el cuidado propio, la realización de tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y/o trabajar.

**Enfermedad:** Un malestar o una dolencia físicos o mentales.

**Experimental y/o en etapa de investigación:** Un servicio o suministro es Experimental y/o en etapa de investigación si NOSOTROS determinamos que una o más de las siguientes situaciones es verdadera:

1. El servicio o suministro se encuentra bajo estudio o en un estudio clínico para evaluar su toxicidad, seguridad o eficacia para un diagnóstico particular o un conjunto de indicaciones. Los estudios clínicos incluyen, a título enunciativo pero no limitativo, estudios clínicos de Fase I, II y III.
2. La opinión que prevalece dentro de la especialidad adecuada en la profesión médica de los Estados Unidos es que el servicio o suministro necesita más evaluación para un diagnóstico particular o un conjunto de indicaciones antes de ser usado fuera de los estudios clínicos u otros ambientes de investigación. NOSOTROS determinaremos si este ítem 2 es verdadero en base a:
  - a. Informes publicados de literatura médica experta; y
  - b. Reglamentos, informes, publicaciones y evaluaciones emitidos por las agencias del gobierno tales como la agencia para políticas de salud e investigaciones (Agency for Health Care Policy and Research, AHCP), los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH) y la FDA.
3. En el caso de un medicamento, un dispositivo u otro suministro que esté sujeto a la aprobación de la FDA:
  - a. No tiene la aprobación de la FDA; o
  - b. Tiene la aprobación de la FDA sólo bajo su normativa para el tratamiento con nuevo fármaco en fase de investigación o una normativa similar;
  - c. Tiene la aprobación de la FDA, pero se usa para una indicación o en una dosis que no es un uso alternativo aceptado. Los usos no indicados en los documentos del fármaco de medicamentos aprobados por la FDA no se consideran experimentales o en etapa de investigación si se determina que:
    - (i) están incluidos en uno o más de los siguientes compendios médicos: The American Medical Association Drug Evaluations, The American Hospital Formulary Service Drug Information, The United States Pharmacopeia Information y otros compendios expertos según los identifica periódicamente la Secretaría de Salud y Servicios Humanos; o
    - (ii) además, la adecuación médica de los usos no indicados no incluidos en los compendios se puede establecer en base a prueba clínica de respaldo en publicaciones médicas revisadas por pares.

- d. La junta de revisión institucional del Médico o Proveedor reconoce que el uso del servicio o suministro es Experimental o en etapa de investigación y está sujeto a la aprobación de la junta.
- e. Los protocolos de investigación indican que el servicio o suministro es Experimental o en etapa de investigación. Este ítem 5 se aplica a los protocolos usados por el Médico o Proveedor del NIÑO AÚN NO NACIDO así como a los protocolos usados por otros Médicos o Proveedores que fundamentalmente estudian el mismo servicio o suministro.

**Fuera del área:** Todo lugar fuera del Área de Servicio Perinatal del PLAN DE SALUD de CHIP.

**Hospital:** Una institución pública o privada con licencia según la definición del Capítulo 241 del Código de Salud y Seguridad de Texas o en el Subtítulo C del Título 7 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

**Lesión o Lesión Accidental:** Trastorno o daño accidentales que sufre el NIÑO AÚN NO NACIDO o la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO en una parte o sistema del cuerpo que no es el resultado de una enfermedad, una dolencia del cuerpo ni ninguna otra causa y que pudiera causar daño al NIÑO AÚN NO NACIDO.

**Médico:** Cualquier persona con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Texas.

**Médico Especialista:** Un Médico participante, además del Médico del Programa Perinatal, bajo Contrato con el PLAN DE SALUD para proveer Servicios de Salud Cubiertos en caso de derivación Proveedor de Programa Perinatal.

**Miembro:** Cualquier NIÑO AÚN NO NACIDO cubierto que es elegible para obtener beneficios y que está inscrito en el Programa Perinatal de CHIP de Texas.

**NIÑO o NIÑA AÚN NO NACIDO:** Cualquier niño/a desde que es concebido hasta el nacimiento que el programa Perinatal de CHIP ha determinado elegible para obtener Cobertura y que está inscrito en este Plan.

**Organización Independiente de Revisión:** Una entidad certificada por el Comisionado de Seguros bajo el Capítulo 4202 para realizar una revisión independiente de Determinaciones Adversas.

**Pediatra:** Un Médico que es elegible para certificación o está certificado en pediatría por la Junta Americana de Pediatría.

**Plan de Beneficios de Salud o Plan:** La Cobertura provista al NIÑO AÚN NO NACIDO emitida por el PLAN DE SALUD que provee los Servicios de Salud Cubiertos.

**PLAN DE SALUD:** El Texas Children's Health Plan también referido como NOSOTROS, NUESTRO o NUESTRA.

**Programa Perinatal de CHIP:** El Programa Perinatal del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) que proporciona Cobertura a cada NIÑO AÚN NO NACIDO según un acuerdo entre el PLAN DE SALUD y la Comisión de Salud y Servicios Humanos del Estado de Texas (Health and Human Services Commission of the State of Texas, HHSC).

**Proveedor:** Cualquier institución, organización o persona, además de un Médico, que tiene licencia o está de algún otro modo autorizado a proporcionar un servicio de atención médica en este Estado. El término incluye, a título enunciativo pero no limitativo, un hospital, doctor en quiropraxia, farmacéutico, enfermero registrado, oftalmólogo, óptico registrado, farmacia, institución de enfermería especializada o una agencia de atención médica domiciliaria.

**Proveedor de Programa Perinatal (PCP):** Un médico, asistente de médico o enfermera de práctica avanzada o algún otro proveedor de cuidado de salud calificado contratado por el PLAN DE SALUD para brindar Servicios de Salud Cubiertos a un NIÑO AÚN NO NACIDO y que es responsable de proporcionar la atención inicial y primaria, manteniendo la continuidad de la atención e iniciando la derivación de la atención.

**Revisión de Utilización:** El sistema para revisión retrospectiva, concurrente o futura de la necesidad y adecuación médicas de los Servicios de Salud Cubiertos provistos, que se proveen o se propone proveer a un NIÑO AÚN NO NACIDO. El término no incluye los pedidos opcionales de aclaración de cobertura.

**Riesgo de vida:** Una enfermedad o condición para la cual es probable la posibilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

**Servicios de Emergencia y Atención de Emergencia:** Los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios provistos por un proveedor que está calificado para proveer dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una Condición Médica de Emergencia y/o una Condición de Salud Conductual de Emergencia, incluidos los servicios de atención posteriores a la estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del NIÑO AÚN NO NACIDO

**Servicios de Salud a Domicilio:** Los servicios de salud provistos en el hogar de un miembro por personal de atención médica, según lo indicó el Médico responsable u otra autoridad designada por el PLAN DE SALUD.

**Servicios de Salud Cubiertos o Servicios Cubiertos o Cobertura:** Aquellos Servicios Médicamente Necesarios enumerados en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud. Los Servicios Cubiertos también incluyen cualquier servicio adicional ofrecido por el PLAN DE SALUD como Servicios de Valor Agregado (VAS, por sus siglas en inglés) enumerados en la **Sección IX, PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**, de este Plan de Beneficios de Salud.

**Servicios Médicamente Necesarios:** Los servicios de salud que son:

**Físicos:**

- razonables y necesarios para prevenir enfermedades o condiciones médicas, o proporcionan la evaluación temprana, intervenciones y/o tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, causan malformación física o limitaciones en una función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedad o dolencia a un NIÑO AÚN NO NACIDO o arriesgan la vida DEL NIÑO AÚN NO NACIDO;
- provistos en instalaciones adecuadas y con los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las condiciones médicas del NIÑO AÚN NO NACIDO;
- coherentes con las directivas y normas de prácticas de atención médica emitidas por organizaciones de salud reconocidas por profesionales o agencias gubernamentales;
- coherentes con diagnósticos de las condiciones;
- no más invasivos o restrictivos que lo necesario para proporcionar el equilibrio adecuado entre la seguridad, la eficacia y la eficiencia;
- no son Experimentales y/o en etapa de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad de La madre del NIÑO AÚN NO NACIDO o del proveedor de atención médica.

**Conductual:**

- razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de un trastorno mental o trastorno por Dependencia de Sustancias Químicas para mejorar, mantener o evitar el deterioro de una función causada por el trastorno;
- provistos según las directivas y las normas para prácticas clínicas aceptadas por profesionales para la atención de la salud conductual;
- no son Experimentales y/o en etapa de investigación; y
- no son principalmente para la comodidad de la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO o del proveedor de atención médica.

Los Servicios Médicamente Necesarios deben ser provistos en el ambiente más adecuado y menos restrictivo en que se puedan prestar de forma segura y deben ser provistos con el nivel o la prestación del servicio más adecuado en que se pueda prestar de forma segura y que no pueda ser omitido sin perjudicar la salud física del NIÑO AÚN NO NACIDO o la calidad de la atención provista.

**USTED y SU:** La madre del NIÑO AÚN NO NACIDO.

### **III. ¿CUÁNDO EMPIEZA LA COBERTURA DE UN NIÑO AÚN NO NACIDO INSCRITO?**

La cobertura para el NIÑO AÚN NO NACIDO comienza el primer día del mes en que se determina que el NIÑO AÚN NO NACIDO es elegible para el Programa Perinatal de CHIP.

### **IV. COSTOS COMPARTIDOS**

No se requieren cuotas de inscripción ni compartir costos (como los copagos) para los servicios cubiertos por CHIP Perinatal.

### **V. FINALIZACIÓN DE LA COBERTURA DEL NIÑO AÚN NO NACIDO**

#### **A. Desafiliación por pérdida de elegibilidad para el Programa Perinatal de CHIP**

La desafiliación podría producirse si su HIJO AÚN NO NACIDO pierde la elegibilidad para el Programa Perinatal de CHIP. Su HIJO AÚN NO NACIDO podría perder la elegibilidad para Programa Perinatal de CHIP por las siguientes razones:

1. Cambia el estatus del seguro médico, es decir, si uno de los padres de un NIÑO AÚN NO NACIDO se inscribe en un plan de salud patrocinado por un empleador;
2. Fallecimiento del NIÑO AÚN NO NACIDO;
3. la madre de un NIÑO AÚN NO NACIDO se muda permanentemente fuera del Estado;
4. Uno de los padres del NIÑO AÚN NO NACIDO o un Representante Autorizado solicita (por escrito) la desafiliación voluntaria de un NIÑO AÚN NO NACIDO.
5. la madre de un NIÑO AÚN NO NACIDO se inscribe en Medicaid o Medicare.

#### **B. Desafiliación por el PLAN DE SALUD**

Su AÚN NO NACIDO podría ser desafiliado por NOSOTROS, después de la aprobación de la Comisión de Salud y Servicios Humanos, por las siguientes razones:

1. Fraude o tergiversación material e intencional cometidos por USTED después de 15 días de aviso por escrito;
2. Fraude en el uso de los servicios o las instalaciones después de 15 días de aviso por escrito;
3. Mala conducta que es perjudicial a las operaciones seguras del Plan y la provisión de servicios;
4. la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO ya no vive o reside en el Área de Servicio.
5. la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO es perjudicial, revoltosa, amenazante o no coopera hasta el punto en que la membresía del NIÑO AÚN NO NACIDO perjudica seriamente la habilidad del PLAN DE SALUD o del Proveedor para prestar servicios al NIÑO AÚN NO NACIDO u obtener nuevos miembros, y la conducta de la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO no es causada por una condición de salud conductual o física.
6. la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO categóricamente se rehúsa a cumplir con las restricciones del PLAN DE SALUD (por ejemplo, usar reiteradamente la sala de emergencias en combinación con rehusarse a permitir que el PLAN DE SALUD trate la condición médica subyacente).

No desafiliaremos a un NIÑO AÚN NO NACIDO en base a un cambio en el estado de salud del NIÑO AÚN NO NACIDO, la capacidad mental disminuida de la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO o por la cantidad de Servicios Médicamente Necesarios que se usan para tratar la condición del NIÑO AÚN NO NACIDO. NOSOTROS tampoco desafiliaremos a un NIÑO AÚN NO NACIDO por conducta no cooperativa o perjudicial causada por las necesidades especiales de la madre del NIÑO AÚN NO NACIDO, a menos que este comportamiento perjudique seriamente NUESTRA capacidad de prestar servicios al NIÑO AÚN NO NACIDO u otros inscritos.



## **VI. LA COBERTURA DE SALUD DE SU HIJO AÚN NO NACIDO**

### **A. Selección del Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO**

USTED, en el momento de inscripción en el PLAN DE SALUD, escogerá el Proveedor de Programa Perinatal para SU HIJO AÚN NO NACIDO. Usted puede escoger un Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN, por sus siglas en inglés) para prestar Servicios de Salud Cubiertos dentro del alcance de la práctica profesional de la especialidad de obstetricia/ginecología. La selección se debe realizar entre los Médicos y Proveedores incluidos en la lista publicada de Médicos y Proveedores del PLAN DE SALUD. USTED tiene la opción de escoger a un Médico Familiar con experiencia en atención prenatal o a otro proveedor de atención de salud calificado como Proveedor de Programa Perinatal.

USTED deberá ir al Proveedor de Programa Perinatal seleccionado para que dirija y coordine la atención de su HIJO AÚN NO NACIDO y recomiende procedimientos y/o tratamiento.

### **B. Cambio del Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO**

USTED puede solicitar un cambio del Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO. SU pedido se debe presentar ante el PLAN DE SALUD al menos treinta (30) días antes de la fecha de entrada en vigor solicitada para el cambio.

### **C. Servicios de Emergencia**

Cuando usted es llevada al departamento de emergencia de un Hospital, una instalación médica independiente para emergencias o una instalación de emergencias similar para atención directamente relacionada con el trabajo de parto o con el parto de su HIJO AÚN NO NACIDO con cobertura, el Médico/Proveedor tratante realizará un examen médico de evaluación para determinar si existe una Emergencia médica directamente relacionada con el trabajo de parto o con el parto del NIÑO AÚN NO NACIDO con cobertura y proporcionará el tratamiento y la estabilización de una Condición de Emergencia.

Si después de estabilizar al NIÑO AÚN NO NACIDO se requiere atención adicional directamente relacionada con el trabajo de parto o el parto del NIÑO AÚN NO NACIDO con cobertura, el Médico/Proveedor tratante debe comunicarse con el PLAN DE SALUD. El PLAN DE SALUD debe responder dentro de una hora de recibir la llamada para aprobar o denegar la Cobertura de la atención adicional solicitada por el Médico/Proveedor tratante.

Si el PLAN DE SALUD acepta la atención que propone el Médico/Proveedor tratante, o si el PLAN DE SALUD no aprueba o rechaza la atención propuesta dentro de una hora de recibir la llamada, el Médico/Proveedor tratante puede efectuar la atención propuesta. Los servicios post-parto o las complicaciones resultantes del mismo que requieren servicios de emergencia para la madre del recién nacido del Programa Perinatal de CHIP no son un beneficio cubierto.

USTED debe notificar al PLAN DE SALUD dentro de las veinticuatro (24) horas de cualquier Servicio de Emergencia fuera de la red, o tan pronto como sea razonablemente posible.

### **D. Servicios fuera de la red**

Si no están disponibles los Servicios de Salud Cubiertos para SU HIJO AÚN NO NACIDO a través de los Médicos o Proveedores de la red, el PLAN DE SALUD, al recibir un pedido de un Médico o Proveedor de la red, permitirá la derivación a un Médico o Proveedor fuera de la red y reembolsará completamente al Médico o Proveedor fuera de la red por el Cargo Usual y Habitual o a un precio convenido. El PLAN DE SALUD además debe dar lugar a una revisión de un especialista de la misma o similar especialidad del tipo de Médico o Proveedor al que se solicita una derivación antes de que el PLAN DE SALUD pueda denegar una derivación.

## **E. Continuidad del tratamiento**

El contrato entre el PLAN DE SALUD y un Médico o Proveedor debe disponer que se avise con anticipación razonable a USTED acerca de la finalización inminente del Plan de un Médico o Proveedor que actualmente trata a SU HIJO AÚN NO NACIDO. El contrato también debe disponer que la finalización del contrato de un Médico o Proveedor, salvo por razones de competencia médica o conducta profesional, no exime al PLAN DE SALUD de su obligación de reembolsar al Médico o Proveedor que está tratando a SU HIJO AÚN NO NACIDO por una circunstancia especial, como un NIÑO AÚN NO NACIDO que tiene una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad con riesgo de vida o si ya han pasado veinticuatro semanas desde su gestación por la atención de SU HIJO AÚN NO NACIDO a cambio de la continuidad del tratamiento en curso para SU HIJO que en ese momento recibe tratamiento médicamente necesario según el dictado de la prudencia médica.

Circunstancia especial significa una condición tal que el Médico o Proveedor tratante cree razonablemente que interrumpir la atención del Médico o Proveedor tratante podría perjudicar a SU HIJO AÚN NO NACIDO. La circunstancia especial será identificada por el Médico o Proveedor tratante que debe solicitar que se permita que SU HIJO AÚN NO NACIDO continúe el tratamiento bajo la atención del Médico o Proveedor y debe aceptar no cobrarle a USTED ninguna suma por la cual USTED no sería responsable si el Médico o Proveedor todavía perteneciera a la red del PLAN DE SALUD. El PLAN DE SALUD reembolsará al Médico o Proveedor que ya no pertenece a la red por el tratamiento en curso de SU HIJO AÚN NO NACIDO. Para un NIÑO AÚN NO NACIDO que al momento de la finalización ya pasó las veinticuatro semanas de gestación, el PLAN DE SALUD reembolsará al Médico o Proveedor por el tratamiento hasta el parto inclusive, atención inmediata al parto y chequeos de seguimiento dentro de los sesenta días posteriores al parto.

## **F. Aviso de reclamaciones**

USTED no debe pagar ningún monto por los Servicios de Salud Cubiertos. Si USTED recibe una factura de un médico o proveedor, comuníquese con el PLAN DE SALUD.

## **G. Coordinación de beneficios**

La cobertura de SU HIJO AÚN NO NACIDO bajo el Programa Perinatal de CHIP es secundaria cuando se coordinan beneficios con cualquier otra cobertura de seguros. Esto significa que la cobertura provista bajo el Programa Perinatal de CHIP pagará beneficios por servicios cubiertos que permanezcan impagos después de que otra cobertura de seguros haya pagado.

## **H. Subrogación**

El PLAN DE SALUD recibe todos los derechos de recuperación adquiridos por USTED o SU HIJO AÚN NO NACIDO contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto intencional que produzca Enfermedad o Lesión cubiertos por el PLAN DE SALUD, pero sólo hasta el alcance de dichos beneficios. Al recibir dichos beneficios del PLAN DE SALUD, se considera que USTED y SU HIJO AÚN NO NACIDO han asignado dichos derechos de recuperación al PLAN DE SALUD, y USTED acepta dar al PLAN DE SALUD cualquier ayuda razonable requerida para lograr la recuperación.

## VII. ¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA?

### A. Proceso de las quejas

"Queja" significa cualquier insatisfacción que USTED expresa oralmente o por escrito a NOSOTROS respecto de cualquier aspecto de NUESTRA operación incluso, a título enunciativo pero no limitativo, insatisfacción con la administración del plan; procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una Determinación Adversa, denegación, reducción o finalización de un servicio por razones no relacionadas con la necesidad médica; la manera en que se presta un servicio; o decisiones de desafiliación.

Si USTED nos notifica a NOSOTROS oralmente o por escrito una Queja, NOSOTROS, antes del quinto día laborable después de la fecha de recepción de la Queja, le enviaremos a USTED una carta que confirma la fecha en que NOSOTROS recibimos SU Queja. Si la Queja se recibe oralmente, NOSOTROS enviaremos una forma de Queja de una página que describa claramente que nos debe regresar la forma de Queja a NOSOTROS para una pronta resolución.

Después de recibir la Queja por escrito o una forma de Queja de una página de USTED, NOSOTROS investigaremos y le enviaremos a USTED una carta con NUESTRA resolución. El tiempo total para confirmar la recepción, investigar y resolver su Queja no superará los treinta (30) días calendario posteriores a NUESTRA recepción de SU Queja.

SU Queja respecto de una Emergencia o la denegación de una estadía continua de hospitalización se resolverá en un día laborable a partir de la recepción de SU Queja. La investigación y resolución se concluirán de acuerdo con la inmediatez médica del caso.

USTED puede usar el proceso de apelación para resolver una disputa respecto de la resolución de SU Queja.

### B. Apelaciones al PLAN DE SALUD

1. Si USTED no está satisfecho con la resolución de la Queja, USTED tiene el derecho de comparecer ante un panel de apelación de Quejas en el lugar donde USTED normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que USTED acuerde otro sitio, o puede enviar una apelación por escrito al panel de apelación de Quejas. NOSOTROS completaremos el proceso de apelación antes del trigésimo (30mo) día calendario a partir de la fecha de recepción del pedido de apelación.
2. NOSOTROS enviaremos una carta de acuse de recibo a USTED antes del quinto día a partir de la recepción del pedido de apelación.
3. NOSOTROS nombraremos miembros para el panel de apelación de Quejas, que nos informaran a NOSOTROS acerca de la resolución de la disputa. El panel de apelación de Quejas estará formado por un número igual de NUESTRO personal, Médicos u otros Proveedores e inscritos. Un miembro del panel de apelaciones no puede haber estado involucrado anteriormente en la decisión bajo disputa.
4. Antes del quinto día laborable anterior a la reunión programada del panel, a menos que USTED convenga lo contrario, NOSOTROS le proporcionaremos a USTED o a SU representante designado:
  - a. toda la documentación a presentar al panel a través de NUESTRO personal;
  - b. la especialización de cualquier Médico o Proveedor consultados durante la investigación; y
  - c. el nombre y la afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el panel.

5. USTED, o SU representante designado si USTED es menor o discapacitado, tiene derecho a:
  - a. comparecer ante el panel de apelación de Quejas;
  - b. presentar un testimonio experto alternativo; y
  - c. solicitar la presencia y cuestionar a cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que produjo la apelación.
6. La investigación y resolución de apelaciones relacionadas con emergencias en curso o denegación de días continuados de hospitalización se concluirá según la inmediatez médica del caso pero en ningún caso superará un día laborable posterior a SU pedido de apelación.

En caso de Emergencia en curso o estadía continua en el Hospital, y ante SU petición, NOSOTROS proporcionaremos, en lugar de un panel de apelación de Quejas, una revisión por un Médico o Proveedor que no haya revisado el caso anteriormente y que tiene una especialidad igual o similar a la que típicamente maneja la condición médica, el procedimiento o el tratamiento en discusión para revisar la apelación.

7. El aviso de NUESTRA decisión final debe incluir una declaración de la determinación médica específica, el fundamento clínico y los criterios contractuales usados para tomar la decisión final.

### **C. Apelación interna de determinación adversa**

Una "Determinación Adversa" es una decisión tomada por NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización que estipula que los servicios de atención médica provistos o que se propone proveer a SU HIJO AÚN NO NACIDO no son médicamente necesarios o adecuados.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO registrado están en desacuerdo con la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO pueden apelar la Determinación Adversa oralmente o por escrito.

Dentro de los 5 días laborables a partir de la recepción de una apelación por escrito de la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviarán a USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO una carta que confirma la fecha de recepción de la apelación. La carta también incluirá una lista de documentos que USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Atención Prenatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO debe enviarnos a NOSOTROS o a NUESTRO Agente de Revisión de Utilización para la apelación.

Si USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO apelan oralmente la Determinación Adversa, NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización le enviaremos a USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO una forma de apelación de una página. USTED no tiene que regresar la forma completa, pero NOSOTROS le recomendamos a USTED que lo haga porque nos ayudará a NOSOTROS a resolver SU apelación.

Las apelaciones de Determinaciones Adversas que incluyen emergencias en curso o denegación de estadía continua en un Hospital se resolverán antes de un (1) día laborable a partir de la fecha en que se recibe toda la información necesaria para completar la apelación. Todas las demás apelaciones se resolverán antes de treinta (30) días calendario desde que NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización recibe la apelación.

#### **D. Revisión externa por una Organización Independiente de Revisión**

Si se rechaza la apelación de la Determinación Adversa, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal registrado de SU HIJO AÚN NO NACIDO tienen el derecho a solicitar una revisión de esa decisión por una Organización Independiente de Revisión (IRO). Cuando NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización rechaza la apelación, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO recibirán información acerca de cómo solicitar una revisión de una IRO del rechazo y las formas que se deben completar y regresar para iniciar el proceso de revisión independiente.

En circunstancias que incluyen una condición que pone en riesgo la vida, USTED tiene derecho a una revisión inmediata de una IRO sin tener que cumplir con los procedimientos para las apelaciones internas de determinaciones adversas. En situaciones con riesgo de vida, USTED, SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal registrado de SU HIJO AÚN NO NACIDO pueden comunicarse con NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización por teléfono para pedir la revisión de una IRO y NOSOTROS o NUESTRO Agente de Revisión de Utilización proporcionaremos la información requerida.

Cuando la IRO completa su revisión y emite su decisión, NOSOTROS respetaremos la decisión de la IRO. NOSOTROS pagaremos la revisión de la IRO.

Los procedimientos de apelación descritos arriba no le prohíben a USTED, a SU representante designado o el Médico o Proveedor de Programa Perinatal registrado de SU HIJO AÚN NO NACIDO a buscar otros recursos adecuados, incluido desagravio por mandato judicial, sentencia declaratoria y otras medidas disponibles por ley, si USTED cree que el requisito de completar la apelación y el proceso de revisión coloca la salud de SU HIJO AÚN NO NACIDO en serio riesgo.

#### **E. Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas**

Cualquier persona, incluidas personas que han intentado resolver quejas a través de NUESTRO proceso del sistema de quejas y que estén insatisfechas con la resolución, puede reportar una supuesta violación ante el Departamento de Seguros de Texas, P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104. Las quejas ante el Departamento de Seguros de Texas se pueden presentar de forma electrónica en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

El Comisionado de Seguros investigará una queja contra NOSOTROS para determinar el cumplimiento de las normas dentro de los sesenta (60) días a partir de que el Departamento de Seguros de Texas recibe la Queja y toda la información necesaria para determinar el cumplimiento. El Comisionado podría prolongar el tiempo necesario para completar una investigación en caso de que se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. se necesita información adicional;
2. es necesaria una revisión en el sitio;
3. NOSOTROS, el Médico o Proveedor o USTED no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
4. se producen otras circunstancias ajenas al control del Departamento.

## **F. Prohibición de represalias**

1. NOSOTROS no tomaremos ninguna acción de represalia, incluso el rechazo de renovación de cobertura, contra un NIÑO AÚN NO NACIDO porque el NIÑO AÚN NO NACIDO o la persona que actúa en nombre del NIÑO AÚN NO NACIDO ha presentado una Queja contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.
2. NOSOTROS no participaremos en ninguna acción de represalia, incluso la finalización o el rechazo de renovación de un contrato, contra un Médico o Proveedor de Programa Perinatal, porque el Médico o el Proveedor de programa Perinatal en nombre de un NIÑO AÚN NO NACIDO ha presentado una Queja razonable contra NOSOTROS o apelado una decisión tomada por NOSOTROS.

## **VIII. DISPOSICIONES GENERALES**

### **A. Acuerdo Total, Enmiendas**

Este Contrato, y cualquier documento adjunto o enmienda, conforman el Acuerdo Total entre USTED y el PLAN DE SALUD. Para ser válido, cualquier cambio a este Contrato debe ser aprobado por un funcionario del PLAN DE SALUD y se debe adjuntar a este Contrato.

### **B. Divulgación y confidencialidad de los registros médicos**

El PLAN DE SALUD acepta mantener y preservar la confidencialidad de todos y cualquiera de sus registros médicos. Sin embargo, al inscribirse en el PLAN DE SALUD, USTED autoriza la divulgación de información, según lo permite la ley, y el acceso a todos y cualquiera de sus registros médicos con fines razonablemente relacionados a la prestación de servicios bajo este Contrato, al PLAN DE SALUD, sus agentes y empleados, al Proveedor de Programa Perinatal de SU HIJO AÚN NO NACIDO, a los Proveedores participantes, a Proveedores externos del Comité de Revisión de Utilización, al Programa Perinatal de CHIP y a las agencias gubernamentales que corresponda. Las protecciones de la privacidad del PLAN DE SALUD se describen más detalladamente en su Aviso de Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en [www.TexasChildrensHealthPlan.org](http://www.TexasChildrensHealthPlan.org) o puede llamar al 1-866-959-6555 para pedir una copia.

### **C. Error administrativo**

El error administrativo o las demoras en mantener sus registros para la prueba de Cobertura SUYA o de SU HIJO AÚN NO NACIDO bajo el Programa Perinatal de CHIP:

1. no negará ninguna Cobertura que de cualquier otro modo se hubiera otorgado; y
2. no continuará ninguna Cobertura que de cualquier otro modo hubiera terminado; y

Si cualquier hecho importante entregado al Programa Perinatal de CHIP sobre USTED o SU HIJO AÚN NO NACIDO no es preciso y afecta la Cobertura:

1. el Programa Perinatal de CHIP usará hechos verdaderos para decidir si la Cobertura tiene vigor; y
2. se realizará cualquier ajuste y/o indemnización necesarios.

### **D. Aviso**

Los beneficios de indemnización por accidentes en el trabajo no se ven afectados.

### **E. Validez**

La imposibilidad de aplicación o la invalidez de cualquier disposición de esta Prueba de Cobertura no afectará la aplicación o validez del resto de este Contrato.

### **F. Conformidad con las leyes estatales**

Cualquier disposición de este Contrato que no guarde conformidad con la Ley para HMO de Texas y las leyes o reglamentos federales o estatales que rigen CHIP, u otras leyes o reglamentos aplicables, no se considerará inválida pero se interpretará y aplicará como si guardara plena conformidad con la Ley para HMO de Texas y las leyes o reglamentos federales o estatales que rigen CHIP, y otras leyes o reglamentos aplicables.

## **IX. PLAN DE BENEFICIOS, SERVICIOS EXCLUIDOS Y SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS**

Estos servicios de salud cuando son médicamente necesarios deben ser provistos en el ambiente más adecuado y menos restrictivo en que se puedan prestar de forma segura; deben ser provistos con el nivel o la prestación del servicio más adecuado en que se pueda prestar de forma segura y que no puedan ser omitidos sin perjudicar la salud física o la calidad de vida del Miembro.

La Atención de Emergencia es un servicio cubierto del Programa Perinatal de CHIP, limitado a aquellos servicios de emergencia directamente relacionados con el trabajo de parto o con el parto del NIÑO AÚN NO NACIDO hasta el nacimiento y se debe proporcionar según la **Sección VII. D. Servicios de Emergencia**. Consulte la **Sección II Definiciones** para obtener la definición de "Emergencia y Condición de Emergencia" y la definición de "Servicios de Emergencia y Condición de Emergencia" para determinar si existe una Condición de Emergencia.