



CHIP

Manual para Miembros de CHIP y
del Programa Perinatal de CHIP



COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

Servicios para Miembros
1-800-434-2347





Este manual es para todos los miembros de CHIP y del Programa Perinatal de CHIP. Por favor, léalo en su totalidad. Le explica los beneficios que recibirá. También contesta muchas de sus preguntas sobre cómo recibir esos beneficios. La mayor parte de la información en este manual es para todos los miembros. Cuando una sección sólo se aplica a un grupo de los miembros de CHIP, se la señalamos.

Esta entidad, Planes de Salud de Community First, es un plan de salud de dueños locales y sin fines de lucro. Nuestros doctores, hospitales y proveedores se asegurarán de que usted o su hijo reciba la atención médica necesaria.

Estamos aquí para contestar sus preguntas sobre nuestro plan de salud y los beneficios de atención médica de usted o su hijo. Por favor, llámenos al teléfono al pie de la página si tiene alguna pregunta.

¡Bienvenido!

¿QUÉ HAGO SI NECESITO AYUDA PARA LEER O ENTENDER EL MANUAL PARA MIEMBROS?

Llame a servicios para Miembros y le ayudaremos. Si necesita el manual en audio, en letra grande, en Braille o en otro idioma, ¡solo tiene que llamar! Nuestro número de teléfono se encuentra al pie de cada página.

SERVICIOS PARA MIEMBROS

Nuestros Representantes de Servicios para Miembros le pueden ayudar de muchas maneras:

- Le ayudan en inglés o español, o encuentran a un intérprete que hable su idioma
- Contestan sus preguntas sobre los beneficios o sobre dónde obtener atención médica
- Le ayudan a encontrar los servicios que pueda recibir sin un envío a servicios de su PCP, como servicios dentales, de la vista, de salud mental y abuso de sustancias y de ginecología
- Le ayudan a cambiar de PCP
- Le envían una nueva tarjeta de identificación de miembro si la pierde o se la roban
- Resuelven los problemas o las quejas que usted tenga
- Le ayudan a inscribirse en clases de educación sobre la salud, tales como reanimación cardiopulmonar o cómo dejar de fumar

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS



NÚMEROS DE TELÉFONO

Servicios para Miembros (inglés y español)

Línea local..... (210) 358-6300

Llamada gratis..... 1-800-434-2347

Línea TDD local (para las personas con déficit auditivo) (210) 358-6080
Fuera del condado de Bexar..... 1-800-390-1175

Servicios de salud mental y abuso de sustancias para miembros de CHIP y miembros recién nacidos del Programa Perinatal de CHIP (210) 358-3508

Línea directa para crisis (las 24 horas/los 7 días de la semana)..... 1-877-221-2226
Si tiene una emergencia, llame al 9-11, o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas/
Servicio de mensajes (atendido por una persona, no una máquina, que habla inglés y español) (cobertura después del horario de consulta y en los fines de semana) (210) 358-6300
1-800-434-2347

Interpretación de idiomas:..... (210) 358-6300
Fuera del condado de Bexar..... 1-800-434-2347

TELÉFONOS IMPORTANTES DE CHIP

Línea de Ayuda de CHIP 1-800-647-6558

Medicamentos de receta 1-866-274-9154

Servicios dentales 1-866-561-5892

Servicios de la vista (210) 358-6300

Servicios de emergencia..... ¡Llame al 9-11 ó vaya a la sala de emergencias más cercana!

DIRECCIÓN

Community First Health Plans
4801 NW Loop 410, Suite 1000
San Antonio, Texas 78229

Visite nuestro sitio web en: www.cfhp.com.

HORARIOS

Atendemos llamadas de 8 a.m. a 5 p.m., hora central, de lunes a viernes, excepto en los días feriados aprobados por el estado

Atendemos en recepción de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes

INFORMACIÓN DE MI PCP

Nombre del PCP: _____

Teléfono del PCP: _____

TABLA DE CONTENIDO



BIENVENIDO A COMMUNITY FIRST

¿Qué hago si necesito ayuda para leer o entender el manual para miembros?	1
Servicios para Miembros.....	1

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

Números de teléfono/Dirección/Horarios.....	2
Teléfonos Importantes de CHIP.....	2

EL PCP DE SU HIJO

¿Qué es un Proveedor de Cuidado Primario (PCP)?.....	5
¿Puedo ir a una clínica tal como un Centro de Salud Aprobado a Nivel Federal (FQHC) para recibir atención médica?	5
¿Qué debo llevar a la cita con el doctor o proveedor perinatal de mi hijo?.....	5
¿Qué pasa si decido consultar a otro doctor que no sea mi PCP o él de mi hijo?	5
¿Cómo cambio el PCP mío o de mi hijo?	5
¿Cuántas veces puedo cambiar de PCP?.....	5
¿Cuándo entra en vigor el cambio de PCP?.....	5
Razones por las cuales Community First puede negar su petición de cambiar de PCP:	6
¿Puede el PCP mío o de mi hijo pedir que nos cambien a otro PCP debido al incumplimiento?	6
¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?.....	6
Inscripción Simultánea en CHIP y en el programa Perinatal de CHIP.....	6
¿Cómo obtengo atención médica cuando el consultorio del PCP está cerrado?.....	7
Cómo leer y usar la tarjeta de identificación de miembro.....	7
¿Qué hago si pierdo la tarjeta de identificación de mi hijo o me la roban?	7

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE CHIP

¿Cómo obtengo estos servicios para mí o para mi hijo?.....	8
¿Cuáles beneficios no están cubiertos por CHIP?	8-9
¿Cuáles beneficios adicionales recibe el miembro de Community First?.....	10
¿Cómo obtengo estos beneficios para mí, para mi hijo o para mi hijo que está por nacer?.....	10
¿Tengo que pagar los servicios que no son beneficios cubiertos?	10
¿Qué son copagos? ¿Cuánto paga uno y cuándo se aplican?.....	10
Bajo el Programa Perinatal de CHIP, ¿cuánto tengo que pagar por la atención médica para mi hijo que está por nacer?.....	10
¿Qué otros servicios, actividades y clases de educación sobre la salud ofrece Community First?.....	11
Muévase para mejorar la salud.....	11
Tenga una rutina	11
Una dieta saludable.....	11
Salud social y mental.....	12
¿Qué es la atención médica periódica?.....	12
¿Qué es la atención médica urgente?.....	12
Para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos del Programa Perinatal de CHIP, ¿qué es una emergencia o un estado de salud de emergencia?	12
¿Qué son servicios de emergencia y atención médica de emergencia?	12
Para los miembros del Programa Perinatal de CHIP, ¿qué es una emergencia o un estado de salud de emergencia?.....	13
¿Qué son servicios de emergencia y atención médica de emergencia?	13
Para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos del Programa Perinatal de CHIP, ¿qué significa médicamente necesario?.....	14
Para los miembros del Programa Perinatal de CHIP, ¿qué son servicios médicamente necesarios	14
¿Qué pasa si me enfermo o mi hijo se enferma cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?	14
¿Qué es un envío a servicios?.....	14
¿Cuáles servicios no requieren un envío a servicios?	15
¿Qué hago si mi hijo o yo necesitamos ver a un especialista?.....	15
¿Qué hago si necesito servicios que no están cubiertos bajo el Programa Perinatal de CHIP?.....	15
¿Qué tan pronto me verá el especialista?.....	15
¿Cómo obtengo ayuda si tengo un problema de salud mental o abuso de sustancias?.....	15



TABLA DE CONTENIDO

¿Cómo hago para que surtan las recetas médicas mías y de mi hijo?	15
¿Cómo obtengo servicios de la vista para mí o para mi hijo?	15
¿Cómo obtengo servicios dentales para mí o para mi hijo?	16
¿Puedo recibir la ayuda de un intérprete para hablar con el doctor o proveedor perinatal mío o de mi hijo?	16
¿Qué hago si mi hija o yo necesitamos atención de un ginecoobstetra? Tengo el derecho de escoger a un ginecoobstetra?	16
Necesito un envío a servicios?	16
Si no selecciono a un ginecoobstetra, ¿Tendré acceso directo?	16
¿Puede mi hija seguir viendo a su mismo ginecoobstetra aunque éste no forma parte de Community First?	16
¿Qué tan pronto nos verá un ginecoobstetra después de llamarlo para una cita?	16
¿Cómo escojo a un ginecoobstetra?	17
¿Qué pasa si mi hija o yo estamos embarazadas?	17
¿Qué hago si necesito servicios que no están cubiertos bajo el programa perinatal de CHIP?	17
¿A quién llamo si mi hijo o yo tenemos necesidades médicas especiales y necesito que alguien me ayude?	17
¿Qué hago si recibo una cuenta de mi doctor o proveedor perinatal?	17
¿Qué debo hacer si me mudo o se muda mi hijo?	17
¿Cómo escojo a un proveedor perinatal?	17
¿Qué tan pronto me verá un proveedor perinatal después de llamarlo para una cita?	18
¿Puedo seguir viendo a un proveedor perinatal si no forma parte de Community First?	18

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE CHIP Y DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

De los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos del Programa Perinatal de CHIP	19
De los miembros del Programa Perinatal de CHIP	21

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

¿Cuándo termina la cobertura bajo el Programa Perinatal de CHIP?	22
¿Me enviará el estado un aviso cuando termine la cobertura del Programa Perinatal de CHIP?	22
¿Cómo funciona la renovación?	22
¿Recibe beneficios mi bebé desde su nacimiento?	22
¿Puedo escoger al PCP de mi bebé antes de que nazca?	22
¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitan?	22
¿Qué hago si tengo una queja? ¿A quién llamo?	22
¿Puede ayudar me a presentar una queja alguien de Community First?	22
¿Cuánto tiempo se tardará para tramitar mi queja?	22
¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar una queja?	22
¿Tengo el derecho de reunirme con el panel de apelación de quejas?	22
¿Qué hago si no estoy satisfecho con la resolución de mi queja?	23
¿Qué hago si Community First niega o limita la petición de mi doctor de un servicio cubierto?	23
¿Cuándo tengo el derecho de pedir una apelación?	23
¿Cómo me avisarán si se niegan los servicios?	23
¿Tiene que estar por escrita mi petición?	23
¿Puede alguien de Community First ayudarme a presentar la apelación?	23
¿Cuáles son los plazos del trámite de apelación?	23
¿Qué pasa si los servicios que necesito son para tratar una emergencia o estoy en el hospital?	23
¿Qué es una apelación acelerada?	23
¿Cuáles son los plazos de una apelación acelerada?	23
¿Cómo se pide una apelación acelerada? Quién me puede ayudar a presentar una apelación?	23
¿Tiene que estar por escrito mi petición?	23
¿Qué pasa si Community First niega la petición de una apelación acelerada?	23
¿Qué hago si no estoy satisfecho con la resolución de mi apelación?	24
¿Qué es una organización independiente de revisión, o IRO?	24
¿Cuáles son los plazos de este trámite?	24
¿Qué pasa si no estoy satisfecho con la decisión final?	24
¿Cómo denuncio a alguien que está abusando del programa?	24



Las referencias a “usted,” “mi” o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o es miembro recién nacido del Programa Perinatal de CHIP.

¿QUÉ ES UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)?

El PCP es el doctor o clínica personal de su hijo. El PCP se encargará de las necesidades médicas de su hijo. Si son necesarios los servicios de un especialista o unas pruebas, el PCP lo coordinará. El PCP de su hijo tiene que estar disponible, en persona o por teléfono, o pedir que otro doctor esté de turno, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si su hijo tiene un padecimiento médico grave, usted puede pedir que un especialista sea su PCP. El especialista debe estar aprobado por Community First y también estar dispuesto a ser el PCP de su hijo.

¿PUEDO IR A UNA CLÍNICA TAL COMO UN CENTRO DE SALUD APROBADO A NIVEL FEDERAL (FQHC) PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA? ¿PUEDE UNA CLÍNICA SER UN PROVEEDOR PERINATAL? (CENTRO DE SALUD PÚBLICA LOCAL, CLÍNICA DE SALUD RURAL, CENTRO DE SALUD APROBADO A NIVEL FEDERAL)

Sí. Escoja una de las clínicas o centros de salud aprobados a nivel federal (FQHC) que aparecen en nuestro Directorio de Proveedores de CHIP.

¿QUÉ DEBO LLEVAR A LA CITA CON EL DOCTOR O PROVEEDOR PERINATAL DE MI HIJO?

Lleve la tarjeta de identificación de CHIP de su hijo. También debe llevar cualquier información sobre sus necesidades de atención médica. Esto incluye cualquier receta médica de su hijo.

¿QUÉ PASA SI DECIDO CONSULTAR A OTRO DOCTOR QUE NO SEA MI PCP O ÉL DE MI HIJO?

Si decide consultar a otro doctor, es posible que le pidan pagar la cuenta o firmar una forma aceptando pagar la cuenta. Sería mucho mejor que fuera al PCP de su hijo.

¿CÓMO CAMBIO EL PCP MÍO O DE MI HIJO?

Llame a Servicios para Miembros al teléfono al pie de la página. El personal le ayudará a escoger a un nuevo PCP. También puede pedir un cambio de PCP mediante el sitio web de Community First en www.cfhp.com.

¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR DE PCP?

Puede cambiar el PCP de su hijo hasta cuatro veces al año.

¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR EL CAMBIO DE PCP?

- Si pide el cambio antes del día 15 de cualquier mes, puede empezar a consultar al nuevo PCP a partir del día primero del mes siguiente
- Si pide el cambio después del día 15 del mes, tendrá que esperar hasta el día primero del segundo mes siguiente
- Hasta entonces, el viejo PCP tendrá que aprobar cualquier servicio de hospital o de un especialista para usted hasta que entre en vigor el cambio

Por ejemplo:

- Si cambia de PCP el 15 de agosto o antes, podrá empezar a ver al nuevo PCP el 1 de septiembre
- Si cambia de PCP el 15 de agosto o antes, podrá empezar a ver al nuevo PCP el 1 de octubre



RAZONES POR LAS CUALES COMMUNITY FIRST PUEDE NEGAR SU PETICIÓN DE CAMBIAR DE PCP:

- El PCP que escogió no especializa en el tipo de atención necesaria
- Usted ya cambió el PCP cuatro veces en un año
- El PCP que escogió ya no acepta a nuevos pacientes
- Usted está en el hospital cuando hace la petición

¿PUEDE EL PCP MÍO O DE MI HIJO PEDIR QUE NOS CAMBIEN A OTRO PCP DEBIDO AL INCUMPLIMIENTO?

Sí, por los siguientes motivos:

- Faltó a tres citas seguidas y no llamó con anticipación
- No siguió el plan de atención recomendado por el doctor
- Es grosero, abusivo o no coopera con el PCP de su hijo o con el personal del consultorio

Sin embargo, el PCP tiene que pedir permiso de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) y usted tiene el derecho de apelar.

¿QUÉ HAGO SI QUIERO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?

Para los miembros de CHIP

- Las familias sólo pueden cambiar de plan de salud una vez al año. Para mayor información, llame gratis a CHIP al 1-800-647-6558.

Para los miembros del Programa Perinatal de CHIP

- Una vez que seleccione un plan de salud para su hijo que está por nacer, éste seguirá inscrito en ese plan hasta que termine el periodo de elegibilidad continua de Programa Perinatal de CHIP. El periodo de elegibilidad continua es un periodo de 12 meses que empieza cuando su hijo por nacer está inscrito en el Programa Perinatal de CHIP y continúa después de su nacimiento.

- Si usted vive en una región en la que más de un plan de salud participa en el Programa Perinatal de CHIP y **no ha seleccionado** un plan dentro de los 15 días calendarios de haber recibido el paquete de inscripción, su hijo por nacer será inscrito automáticamente en un plan de salud y se le avisará a usted de la selección. Cuando esto ocurre, usted tendrá 30 días para seleccionar otro plan de salud.
- Si en su familia hay miembros inscritos en CHIP y en el Programa Perinatal de CHIP, los miembros en CHIP seguirán recibiendo CHIP, pero estarán inscritos en el plan de salud que proporciona la cobertura del Programa Perinatal de CHIP. Todos los miembros de la familia inscritos en CHIP tendrán que quedarse en ese plan de salud hasta que se acabe el periodo de elegibilidad continua del Programa Perinatal de CHIP. En la primera renovación de CHIP después de que termine la elegibilidad del Programa Perinatal de CHIP, la familia puede escoger un nuevo plan de salud.

Nota:

El cambio de plan de salud de los miembros de CHIP al plan que proporciona cobertura del Programa Perinatal de CHIP no cuenta como su único cambio de plan de salud en un año.

- Puede pedir un cambio de plan de salud por razones excepcionales o por motivo justificado.
- Para mayor información, llame gratis al 1-800-647-6558.

INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA EN CHIP Y EN EL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

Los niños inscritos en CHIP seguirán recibiendo CHIP, pero cambiarán al plan de salud que proporcione la cobertura del Programa Perinatal de CHIP. Los copagos, la participación en los costos y las cuotas de inscripción siguen en pie para los niños inscritos en CHIP.

EL PCP DE SU HIJO



¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN MÉDICA CUANDO EL CONSULTORIO DEL PCP ESTÁ CERRADO? ¿CÓMO OBTENGO ATENCIÓN FUERA DE LAS HORAS DE CONSULTA?

Llame primero al consultorio del PCP si su hijo tiene un problema urgente. El teléfono del PCP se tiene que atender las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de consejos de enfermeras después de las horas de consulta al (210) 358-6300 ó gratis al 1-800-434-2347. Una enfermera hablará con usted. La enfermera puede enviarle a un centro de atención urgente. Recuerde, en caso de una verdadera emergencia, ¡vaya a la sala de emergencias más cercana!

CÓMO LEER Y USAR LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

- Cada miembro de CHIP o del Programa Perinatal de CHIP (ya sea miembro embarazada o recién nacido) tendrá su propia tarjeta de identificación de CHIP de Community First
- Lleve siempre la tarjeta de identificación de miembro suya o de su hijo y preséntela en las citas con el proveedor
- La tarjeta de identificación de miembro tiene su nombre o el de su hijo; el número de identificación del miembro; el nombre, dirección y teléfono del PCP, y la fecha de vigencia
- La tarjeta tiene una lista de los copagos
- Le indica lo que debe hacer en una emergencia
- Le dice cómo comunicarse con Servicios para Miembros
- Le indica cómo obtener ayuda en Español

¿QUÉ HAGO SI PIERDO LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MI HIJO O ME LA ROBAN?

Llame a Servicios para Miembros de Community First y un defensor de miembros le enviará otra nueva. También puede pedir una nueva tarjeta de identificación de miembro en el sitio web de Community First en www.cfhp.com.



Member/Miembros

- Please carry this card and your Medicaid Form at all times for all medical needs.
- Por favor lleve esta tarjeta todo el tiempo.
- Life threatening emergency: go to the nearest emergency room and call your Primary Care Provider.
- En caso de una emergencia verdadera, vaya al hospital más cercano y llame a su Proveedor de Cuidado Primario.
- For assistance, please call (210) 358-6300 or 1-800-434-2347.
- Para asistencia, llame a la línea (210) 358-6300 o 1-800-434-2347.

Notice to Hospitals and Physicians

- Possession of this card does not guarantee eligibility.
- This card is for identification purposes only. It does not confer any entitlement to benefits. Members must meet all eligibility requirements.
- All inpatient admissions must be pre-authorized by the provider. Please call CHIP within 24 hours at (210) 358-6300 or 1-800-434-2347.

Insurance: **Medicaid Services Department**
Insured in: **Collin County (210) 358-6300, TDD (210) 358-6080**
Out of Area: **1-800-434-2347, TDD 1-800-390-1175**

Submit Claims To:
Community First – Claims
4801 N.W. Loop 410, Suite 1000
San Antonio, TX 78229
For electronic claims submit to **THIN**
Paper ID = **COMMF**

Behavioral Health/Salud Mental:
Routine (210) 358-6100
Crisis Hotline:
1-877-221-2226



¿CÓMO OBTENGO ESTOS SERVICIOS PARA MÍ O PARA MI HIJO?

Su hijo tiene un PCP que se encargará de sus necesidades médicas. Si necesita un especialista o unas pruebas, el PCP lo coordinará. Llame primero al PCP cuando su hijo necesita atención médica.

Usted no necesita que el PCP de su hijo le dé un envío a servicios para ver a un especialista en salud mental o abuso de sustancias o a un ginecoobstetra. Puede hacer la cita usted mismo.

Si está embarazada, un proveedor de atención prenatal la atenderá. Llame a Servicios para Miembros al teléfono al pie de la página si necesita ayuda para escoger a un proveedor de atención prenatal. Hay una lista en el Directorio de Proveedores del Programa Perinatal de CHIP de Community First.

¿CUÁLES BENEFICIOS NO ESTÁN CUBIERTOS POR CHIP?

- Tratamientos para la infertilidad o servicios reproductivos para pacientes internos y externos; excepto los cuidados prenatales, el trabajo de parto, el parto y la atención relacionada con enfermedades, padecimientos o anomalías del sistema reproductivo
- Artículos de comodidad personal, entre ellos, artículos para la higiene personal que se dan al internarse, teléfono, televisión, fotos de recién nacidos, comidas para las visitas del paciente y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión específica
- Procedimientos o servicios médicos, quirúrgicos o de la salud, que son experimentales o parte de un estudio y que generalmente no se usan ni se reconocen dentro de la comunidad médica
- Tratamientos o evaluaciones que solicita algún tercero, por ejemplo, para escuelas, empleos, campamentos, cobertura de seguros, la corte o

- para autorizar los viajes en avión
- Servicios de enfermería privada cuando se dan al paciente interno o en un centro de enfermería especializada
- Aparatos mecánicos para reemplazar los órganos, entre ellos, corazones artificiales
- Servicios y artículos hospitalarios cuando se interna solamente con el propósito de realizar pruebas diagnósticas, a menos que se lo haya autorizado de antemano el Plan de Salud
- Pruebas de detección de la próstata y mamografías
- Cirugía optativa para corregir la vista
- Procedimientos gástricos para bajar de peso
- Cirugía y servicios cosméticos solamente con propósitos cosméticos
- Servicios fuera de la red que el Plan de Salud no haya autorizado, a menos que sea atención de emergencia o servicios médicos para mamás y recién nacidos durante por lo menos las 48 horas siguientes al parto vaginal sin complicaciones o las 96 horas siguientes al parto por cesárea sin complicaciones
- Servicios, artículos, substitutos o suplementos alimenticios que se dan para controlar el peso o para tratar la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad patológica como parte de un plan de tratamiento aprobado por el Plan de Salud
- Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia
- Inmunizaciones sólo con el propósito de viajar al extranjero
- Cuidado rutinario de los pies, como cuidados higiénicos



- Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, torcidos o planos y recorte y remoción de callos, callosidades y uñas (esto no se aplica a la remoción de la raíz de la uña o al tratamiento quirúrgico de los padecimientos subyacentes de los callos, callosidades y las uñas encarnadas)
- Reemplazo o reparación de aparatos protésicos y equipo médico duradero debido a mal uso, abuso o pérdida del mismo, cuando está confirmado por el Miembro o el vendedor
- Zapatos ortopédicos correctivos
- Artículos para conveniencia personal
- Ortesis usada principalmente para propósitos atléticos o recreativos
- Cuidado de un acompañante (cuidado que ayuda al niño con las actividades de la vida cotidiana, como caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse, preparar una dieta especial y supervisar que toma las medicinas, si normalmente se las toma solo o se las da uno de los padres. Estos cuidados no requieren la atención continua de personal médico o paramédico entrenado). Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.
- Limpieza de la casa
- Servicios y atención que se prestan en un centro público que por ley federal, estatal o local debe atender ciertas enfermedades, o la atención prestada mientras está bajo la custodia de las autoridades policiales o judiciales
- Servicios y artículos que recibe de una enfermera que no requieren de tanta capacitación y experiencia
- Terapia y entrenamiento de la vista
- Reembolso de los servicios de terapia física, ocupacional o del habla prestados en la escuela no está cubierto a menos que lo ordene un doctor o el PCP
- Gastos no médicos de un donante
- Gastos que corren por cuenta del donante de un órgano cuando la persona que recibe el trasplante no tiene cobertura de este plan de salud



¿CUÁLES BENEFICIOS ADICIONALES RECIBE EL MIEMBRO DE COMMUNITY FIRST?

Community First le ofrece estos beneficios adicionales:

- Descuentos en el precio de los medicamentos con receta para toda la familia.
- Línea de consejos de enfermeras que atiende llamadas las 24 horas del día.
- Fichas para el autobús para ir a citas médicas y a clases de educación sobre la salud.
- Boletín que se le envía cuatro veces al año.

¿CÓMO OBTENGO ESTOS BENEFICIOS PARA MÍ, PARA MI HIJO O PARA MI HIJO QUE ESTÁ POR NACER?

Llame a Servicios para Miembros al teléfono al pie de la página.

¿TENGO QUE PAGAR LOS SERVICIOS QUE NO SON BENEFICIOS CUBIERTOS?

Sí.

¿QUÉ SON COPAGOS? ¿CUÁNTO PAGA UNO Y CUÁNDO SE APLICAN? (PARA LOS MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP, NO SE APLICAN COPAGOS)

Los copagos para los servicios médicos y las recetas se pagan en el momento en que su hijo reciba servicios. Algunos servicios no tienen copagos. La tarjeta de identificación de su hijo tiene una lista de sus copagos. Asegúrese de presentar la tarjeta de identificación cuando vaya a recibir servicios para su hijo. Vea la tabla a continuación.

BAJO EL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP, ¿CUÁNTO TENGO QUE PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA PARA MI HIJO QUE ESTÁ POR NACER?

No hay copagos ni participación en los gastos.

Nivel federal de pobreza	Citas en el consultorio	Visitas a la sala de emergencias	Estancias como paciente interno	Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca	Límite anual máximo
Indios americanos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
El 100% o menos	\$3	\$3	\$10	\$0	\$3	1.25% de los ingresos brutos anuales de la familia
Del 101% al 150%	\$5	\$5	\$25	\$0	\$5	1.25% de los ingresos brutos anuales de la familia
Del 151% al 185%	\$7	\$50	\$50	\$5	\$20	2.5% de los ingresos brutos anuales de la familia
Del 186% al 200%	\$10	\$50	\$100	\$5	\$20	2.5% de los ingresos brutos anuales de la familia



¿QUÉ OTROS SERVICIOS, ACTIVIDADES Y CLASES DE EDUCACIÓN SOBRE LA SALUD OFRECE COMMUNITY FIRST?

Tener bienestar personal significa hacer cosas en la vida que tendrán un efecto positivo sobre su salud, todos los días. Significa esforzarse para mantenerse lo más saludable posible para que pueda tener la mejor vida posible. El bienestar comprende tres partes: la salud del cuerpo, la salud social y la salud mental. Cuando estas tres están en equilibrio, usted puede tener una vida más sana. El bienestar es una opción. Usted tiene que dedicar el tiempo necesario para saber sobre la buena salud y tiene que tomar buenas decisiones. Una vida sana puede reducir o eliminar las cosas que nos ponen en peligro de una enfermedad o padecimiento.

Community First envía a sus miembros a clases de educación sobre la salud en la comunidad y proporciona muchos tipos de información escrita. Algunos de los temas que están disponibles son:

- Reanimación cardiopulmonar
- Educación sobre el asma
- Educación sobre la diabetes
- ¿Qué es la diabetes?
- Buena dieta para la diabetes
- Cuidado de los pies
- Nutrición
- Peligro de fumar el tabaco
- Peligro para los niños del humo de segunda mano
- Niños y el abuso del alcohol
- Inhalantes, estimulantes y otras drogas
- Prevención de lesiones
- Seguridad en la casa
- Seguridad de pasajeros
- Seguridad en bicicleta
- Seguridad con las armas

MUÉVASE PARA MEJORAR LA SALUD

El ejercicio ayuda al corazón y al cuerpo a estar en buenas condiciones. Ayuda a rebajar de peso al disminuir la grasa almacenada en el cuerpo. También

ayuda a fortalecer los huesos, a dar buen tono a los músculos y a elevar su nivel de energía. Las personas que hacen ejercicio tienen mejor autoimagen. No sufren tanto estrés ni se deprimen tanto como las personas que no hacen ejercicio. También duermen mejor.

TENGA UNA Rutina

Será fácil seguirla si hace que el ejercicio forme parte de su día normal. Empiece con algo sencillo, de 20 a 30 minutos diarios, 3 a 5 días cada semana. Consulte a su proveedor de atención médica antes de empezar. Asegúrese de poder hacer ejercicio. Camine, monte en bicicleta, nade, baile o haga aerobics. Para fortalecer los músculos, haga trabajos en el jardín, como deshierbar, sembrar plantas, podar el pasto y juntar las hojas. Estacione el carro a un extremo del estacionamiento del supermercado o centro comercial. Al cocinar, haga pesas con los alimentos enlatados. Las tareas domésticas, como trapear, barrer, aspirar, sacudir y lavar las ventanas son buenas formas de ejercicio. Tome bastante agua antes y después de hacer ejercicio.

UNA DIETA SALUDABLE

La buena alimentación le ayuda a reducir el riesgo de padecer una enfermedad del corazón, diabetes y muchos tipos de cáncer. Le ayuda a lograr y mantener un peso saludable. Los alimentos que coma pueden afectar su nivel de energía. La mejor dieta incluye frutas, verduras, carnes y pan. Desayune. El desayuno es la comida más importante del día. Coma cantidades más pequeñas y límitese a una ración. Evite los alimentos altos en grasa. Coma panes y cereales de trigo integral que no contienen grasa y azúcar adicionales. No coma muchos postres, dulces y alimentos procesados. Pruebe las frutas y verduras frescas y congeladas. En vez de chocolates o papitas con una soda a la hora de la botana, coma una fruta, un bagel, pretzels, yogur, trozos de zanahoria, galletas saladas o palomitas bajas en grasa preparadas en el microondas. Use la sal en moderación. Limite las bebidas gaseosas y alcohólicas. No trate de rebajar



rápido siguiendo un régimen muy estricto. Cambie sus hábitos alimenticios y esfuércese por rebajar nada más que media libra a una libra por semana.

SALUD SOCIAL Y MENTAL

Su bienestar social y mental es una parte importante de su salud. Las personas que se sienten mentalmente saludable tienen una auto imagen buena y pueden enfrentar mejor los retos de la vida que a veces puede ser muy agitada. Dedique tiempo para relajarse y disfrutar de las cosas que lo hacen sentir bien. Vaya al cine. Vea un partido de softball. Haga ejercicio. Salga a caminar. Siéntese en su sillón favorito y lea un buen libro. Ore. Haga castillos en el aire. Compre una grabación y escúchela a oscuras, en un cuarto tranquilo. Adopte un pasatiempo nuevo. No se complique la vida. Reconozca cuando necesita ayuda y pídale.

Las referencias a “usted,” “mi” o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o es miembro recién nacido del Programa Perinatal de CHIP.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA PERIÓDICA?

Usted o su hijo recibe atención médica periódica cuando va al doctor para un chequeo. También incluye la atención que recibe cuando se enferma y las inmunizaciones. El PCP lo atenderá dentro de dos semanas cuando usted llama para una cita periódica.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?

Usted o su hijo tiene un problema médico urgente cuando se enferma o se lesiona y necesita tratamiento lo antes posible. Llame primero al PCP de su hijo a cualquier hora, ya sea de día o de noche. Puede ser que lo envíen a un centro de atención urgente. Puede esperar recibir atención urgente dentro de 24 horas.

PARA LOS MIEMBROS DE CHIP Y LOS MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP, ¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA O UN ESTADO DE SALUD DE EMERGENCIA?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. “Emergencia” y “estado de emergencia” significan un estado médico grave de aparición reciente, tal como dolor grave, que una persona prudente con conocimientos promedios de la medicina y la salud, creería de tal naturaleza que la falta de atención inmediata al padecimiento, enfermedad o lesión del niño podría:

- Poner en grave peligro la salud del niño;
- Ocasionar un impedimento grave en las funciones del cuerpo;
- Causar la disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo;
- Llevar a la desfiguración grave, o
- En el caso de una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud del feto.

¿QUÉ SON SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan los servicios de atención médica que prestan los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital de la red o fuera de la red, o de un centro comparable para evaluar y estabilizar los problemas médicos. Los servicios de emergencia también son, entre otros, cualquier examen de detección u otra evaluación que exige la ley federal o estatal para determinar si existe un estado de emergencia médica.



PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP, ¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA O UN ESTADO DE SALUD DE EMERGENCIA?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. “Emergencia” y “estado de emergencia” significan un estado médico grave de aparición reciente, tal como dolor grave, que una persona prudente con conocimientos promedios de la medicina y la salud, creería de tal naturaleza que la falta de atención inmediata al padecimiento, enfermedad o lesión podría:

- Poner en grave peligro la salud del bebé que está por nacer;
- Ocasionar un impedimento grave en las funciones del cuerpo asociadas con el bebé por nacer;
- Causar la disfunción de algún órgano o alguna parte del cuerpo que podría afectar al niño que está por nacer; o
- Llevar a la desfiguración grave del niño por nacer.

¿QUÉ SON SERVICIOS DE EMERGENCIA Y ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan los servicios de atención médica que prestan los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital de la red o fuera de la red, o de un centro comparable para evaluar y estabilizar los problemas médicos. Los servicios de emergencia también son, entre otros, cualquier examen de detección u otra evaluación que exige la ley federal o estatal para determinar si existe un estado de emergencia médica relacionado con el trabajo de parto o el parto del niño que está por nacer que tiene cobertura.

PARA LOS MIEMBROS DE CHIP Y LOS MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP, ¿QUÉ SIGNIFICA MÉDICAMENTE NECESARIO?

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP y los miembros recién nacidos del Programa Perinatal de CHIP tienen que satisfacer la definición de CHIP de “médicamente necesarios.”

Médicamente necesario significa:

(1) Servicios de Atención Médica que:

- (a) son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar o prevenir padecimientos médicos que provoquen dolor o causen deformaciones del cuerpo. Comprenden entre otros: tratamiento para dolencias médicas que limiten el movimiento, empeoren una discapacidad, provoquen enfermedad o pongan en riesgo la vida del Miembro;
- (b) se prestan al nivel adecuado de atención y en un lugar adecuado para tratar la dolencia del Miembro;
- (c) cumplen con las pautas y normas de calidad de la atención médica determinadas e emitidas por organizaciones profesionales de atención médica o agencias del gobierno reconocidas en el campo;
- (d) son acordes con el diagnóstico de la dolencia;
- (e) son lo menos invasivos o restrictivos posibles para lograr un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia;
- (f) no son experimentales ni de estudio, y
- (g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro ni del Proveedor.

(2) Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias que:

- (a) son razonables y se necesitan para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de dependencia química, o para mejorar o mantener el funcionamiento o



- para evitar el deterioro del mismo debido a tal trastorno;
- (b) cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental y el abuso de sustancias;
 - (c) se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo y en donde hay un ambiente seguro;
 - (d) se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
 - (e) no se pueden negar sin verse afectada la salud mental o física del Miembro o la calidad de la atención prestada;
 - (f) no son experimentales ni de estudio, y
 - (g) no son principalmente para la conveniencia del Miembro o Proveedor.

PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

Los servicios cubiertos para los miembros del Programa Perinatal de CHIP tienen que satisfacer la definición de CHIP de “médicamente necesarios”.

¿QUÉ SON SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS?

Los servicios médicamente necesarios son servicios de salud que son:

(1) Físicos:

- (a) son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o para tratar padecimientos médicos que provoquen dolor, causen deformaciones del cuerpo o limiten el funcionamiento, causen o empeoren una discapacidad, causen enfermedad o padecimiento en el niño que está por nacer, o pongan en peligro la vida de dicho niño;
- (b) se prestan en el lugar más adecuado y al nivel más adecuado de servicios para tratar los padecimientos médicos del niño que está por nacer;
- (c) cumplen con las pautas y normas de

- calidad de la atención médica determinadas e emitidas por organizaciones profesionales de atención médica o agencias del gobierno reconocidas en el campo;
- (d) son acordes con el diagnóstico de la dolencia, y
- (e) son lo menos invasivos o restrictivos posibles para lograr un equilibrio de seguridad, efectividad y eficacia.

Los servicios médicamente necesarios se deben prestar en el lugar más adecuado y menos restrictivo posible y al nivel o en la cantidad más adecuado que se puede utilizar con seguridad y que no se podría omitir sin afectar la salud física del niño que está por nacer o la calidad de la atención prestada.

¿QUÉ PASA SI ME ENFERMO O MI HIJO SE ENFERMA CUANDO ESTAMOS FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE?

Community First paga por las emergencias donde quiera que esté en los Estados Unidos. Si se enferma cuando está fuera de los Estados Unidos, no está cubierto. Si tiene una emergencia, no tiene que llamar al PCP primero. Nada más busque ayuda. Llame al PCP dentro de 24 horas de la emergencia. Si no puede hacerlo, llame en cuanto pueda.

Si no está en la casa y tiene un problema urgente, tiene que llamar al PCP. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras de Community First después de las horas de consulta. Tiene que llamar primero antes de recibir atención. Si necesita tratamiento de seguimiento, el PCP lo coordinará. Por favor, de ser posible, regrese al área de servicio de CFHP para recibir la atención de seguimiento. Si está demasiado enfermo como para viajar, llame al 1-800-434-2347 para avisarle a Community First.

¿QUÉ ES UN ENVÍO A SERVICIOS?

El PCP le da un envío a servicios cuando cree que usted debe ver a un especialista o necesita un tratamiento especial. Se necesita la aprobación de Community First. El PCP coordinará los servicios



para usted. Es importante que usted espere hasta que todo el papeleo esté completo. Hay que hacerlo antes de programar la cita del envío a servicios.

El personal del consultorio del PCP generalmente programa las citas por usted. Si tiene alguna pregunta sobre los envíos a servicios, por favor, llame a Servicios para Miembros.

¿CUÁLES SERVICIOS NO REQUIEREN UN ENVÍO A SERVICIOS?

- Servicios de salud mental y abuso de sustancias
- Servicios de un ginecobstetra
- Servicios de la vista-exámenes de la vista y anteojos

Usted tiene que usar los doctores del plan de Community First para recibir cualquiera de estos servicios. Si necesita ayuda para encontrar a un doctor, consulte el Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros para recibir ayuda.

¿QUÉ HAGO SI MI HIJO O YO NECESITAMOS VER A UN ESPECIALISTA?

Si necesita ir al hospital, el PCP lo enviará. Si necesita ver a un especialista, el PCP lo enviará. El PCP lo enviará a alguien que participa en el plan de Community First. Community First no pagará si el PCP no le da un envío a servicios. Community First sólo pagará si tiene una verdadera emergencia.

¿QUÉ HAGO SI NECESITO SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS BAJO EL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP?

Hable con su proveedor de atención prenatal para encontrar atención médica al alcance de su presupuesto. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. El personal le ayudará a encontrar atención médica económica.

¿QUÉ TAN PRONTO ME VERÁ EL ESPECIALISTA?

Cuando llame para una cita, puede esperar que lo vean dentro de dos semanas. Si tiene un problema urgente, lo deben ver dentro de 48 horas. Los doctores de Community First tienen que cumplir con plazos específicos. Llame a Servicios para Miembros si no consigue una cita dentro del plazo mencionado.

¿CÓMO OBTENGO AYUDA SI TENGO UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS?

Si quiere que vean a su hijo por un problema de salud mental, llame al (210) 358-6100. O puede llamar gratis al 1-800-434-2347. También puede llamar si su hijo tiene un problema con las drogas. Usted puede llevar a su hijo para que reciba servicios de salud mental y abuso de sustancias. No necesita llamar al PCP de su hijo y no necesita un envío a servicios.

¿CÓMO HAGO PARA QUE SURTAN LAS RECETAS MÉDICAS MÍAS Y DE MI HIJO?

Las recetas médicas se pagan por medio del beneficio de recetas de CHIP (PDB). Usted tiene que llevar la receta a una farmacia que participa en el PDB de CHIP. Cuando vaya a la farmacia, lleve la tarjeta de identificación de Community First de su hijo. La farmacia puede asegurarse de que su hijo esté inscrito en CHIP. Es posible que la farmacia pida la tarjeta de identificación. Es posible que usted tenga que hacer un copago por la receta. La receta para un medicamento genérico puede no costarle nada o puede costar muy poco. El copago de un medicamento de marca será más alto. Si su doctor le receta un medicamento para todo el mes, usted hará un copago por el suministro de 34 días. No puede comprar más del suministro de 34 días. El PDB de CHIP no surte medicamentos por medio de pedidos por correo.

El PDB de CHIP no cubre:

- Medicinas que se venden sin receta
- Métodos anticonceptivos que se usan para propósitos del control de la natalidad



- Productos alimenticios
- Artículos y equipo médicos, aparte de las jeringas para insulina
- Medicamentos administrados en el consultorio del doctor o en un centro de atención médica

Llame a la Línea Directa de Farmacias de CHIP si necesita ayuda para encontrar una farmacia o si tiene problemas para que surtan sus recetas médicas o las de su hijo. El número de teléfono es 1-866-274-9154.

¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DE LA VISTA PARA MÍ O PARA MI HIJO?

Los servicios de la vista están cubiertos. Los anteojos están cubiertos si son médicamente necesarios. Su hijo puede recibir un examen de los ojos cada año. Llame a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DENTALES PARA MÍ O PARA MI HIJO?

Llame a Delta Dental si tiene alguna pregunta sobre los servicios dentales. También puede llamar si necesita ayuda para encontrar a un dentista en su vecindario. Puede comunicarse con ellos en:

Delta Dental

Customer Service Department

P.O. Box 537010

Sacramento, CA 95853-7010

Teléfono: 1-866-561-5892

Fax: 1-866-828-4122

Sitio web: www.deltadentalca.org/

¿PUEDO RECIBIR LA AYUDA DE UN INTÉRPRETE PARA HABLAR CON EL DOCTOR O PROVEEDOR PERINATAL MÍO O DE MI HIJO?

Sí. Llame a Servicios para Miembros y nos encargaremos de los arreglos para que un intérprete le ayude durante la cita. Debe llamarnos por lo menos 24 horas antes de la cita.

¿QUÉ HAGO SI MI HIJA O YO NECESITAMOS ATENCIÓN DE UN GINECOOBSTETRA? ¿TENGO EL DERECHO DE ESCOGER A UN GINECOOBSTETRA? ¿NECESITO UN ENVÍO A SERVICIOS?

ATENCIÓN MUJERES MIEMBROS

Tiene el derecho de escoger a un ginecoobstetra sin tener un envío a servicios del PCP. El acceso a los servicios de un ginecoobstetra incluye:

- un chequeo preventivo cada año
- atención médica relacionada con el embarazo
- atención médica relacionada con cualquier padecimiento de la mujer
- envío a un especialista que pertenezca a la red de proveedores

Community First **NO LIMITA** la selección de un ginecoobstetra a la misma red del PCP.

SI NO SELECCIONO A UN GINECOOBSTETRA, ¿TENDRÉ ACCESO DIRECTO?

Usted tiene acceso directo a los servicios de atención médica de un ginecoobstetra.

¿PUEDO MI HIJA SEGUIR VIENDO A SU MISMO GINECOOBSTETRA AUNQUE ÉSTE NO FORMA PARTE DE COMMUNITY FIRST?

Si su hija no está embarazada, tendrá que escoger a otro ginecoobstetra de Community First.

Recuerde, Community First no limita su selección de ginecoobstetra a la misma red del PCP. Sin embargo, tendrá que escoger a un ginecoobstetra de Community First. Llámenos y le ayudaremos a escoger a un doctor.

¿QUÉ TAN PRONTO NOS VERÁ UN GINECOOBSTETRA DESPUÉS DE LLAMARLO PARA UNA CITA?

Debe poder programar una cita dentro de dos semanas después de su petición.



¿CÓMO ESCHOJO A UN GINECOOBSTETRA?

Si necesita ayuda para encontrar un doctor, consulte el Directorio de Proveedores. También puede llamar a Servicios para Miembros para que le ayuden.

¿QUÉ PASA SI MI HIJA O YO ESTAMOS EMBARAZADAS?

Llame a Servicios para Miembros al teléfono al pie de la página. Si ella está en su tercer trimestre, puede que le den permiso para ver a su doctor que no forma parte de Community First. Si su hija ve a un ginecoobstetra de Community First, ella no necesita hablar primero con Community First y no necesita un envío a servicios de su PCP. Llame a Servicios para Miembros para que le podamos ayudar a escoger a un doctor. Debe poder programar una cita dentro de dos semanas. Community First tiene un programa prenatal especial. Hay regalos para las mujeres que terminen las clases de educación. Llame a Servicios para Miembros para más información.

Los recién nacidos de participantes de CHIP quedan registrados automáticamente en el plan de salud de la madre al momento de nacer. La elegibilidad para los recién nacidos continuará hasta que la cobertura de la madre se termine. En ese momento, la elegibilidad de la madre y del hijo será reevaluada.

¿QUÉ HAGO SI NECESITO SERVICIOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS BAJO EL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP?

Hable con su proveedor de atención prenatal para encontrar atención médica al alcance de su presupuesto. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros. El personal le ayudará a encontrar atención médica económica.

¿A QUIÉN LLAMO SI MI HIJO O YO TENEMOS NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y NECESITO QUE ALGUIEN ME AYUDE?

Community First ofrece servicios a los miembros con necesidades médicas especiales. Llame a Servicios para Miembros y le ayudaremos a encontrar a un administrador de casos que le ayude.

¿QUÉ HAGO SI RECIBO UNA CUENTA DE MI DOCTOR O PROVEEDOR PERINATAL?

Llámenos al teléfono al pie de la página. No debe recibir ninguna cuenta por los servicios cubiertos bajo CHIP. Es posible que reciba una cuenta si consulta a un doctor que no participa en Community First. También puede recibir una cuenta por un tratamiento brindado en la sala de emergencias si no tenía una emergencia. El personal de Servicios para Miembros le puede ayudar a resolver el asunto. Asegúrese de tener una copia de la cuenta a la mano cuando llame.

¿QUÉ DEBO HACER SI ME MUDO O SE MUDA MI HIJO?

Llámenos si cambia de dirección o de número de teléfono. Nuestro teléfono es 1-800-434-2347. Si se muda, llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) para avisarles de su nueva dirección. El teléfono de la HHSC es 1-800-647-6558. Tiene que llamar si hay algún cambio en sus ingresos. También tiene que llamar si tiene algún otro seguro.

Si piensa mudarse, llame a la HHSC y a Community First tan pronto sepa.

¿CÓMO ESCHOJO A UN PROVEEDOR PERINATAL?

Tenemos un directorio de proveedores solamente para usted y su nuevo bebé. Usted escogerá a un proveedor de atención prenatal para sí misma y a un PCP para su bebé. Si necesita ayuda para escoger a un doctor o clínica, llame a Servicios para Miembros al teléfono que aparece al pie de la página. El personal le puede ayudar a escoger.



¿QUÉ TAN PRONTO ME VERÁ UN PROVEEDOR PERINATAL DESPUÉS DE LLAMARLO PARA UNA CITA?

Puede esperar que la verán dentro de dos semanas para empezar su atención prenatal.

¿PUEDO SEGUÍR VIENDO A UN PROVEEDOR PERINATAL SI NO FORMA PARTE DE COMMUNITY FIRST?

Tendrá que escoger a un doctor que participa con Community First. Llámenos al teléfono que aparece al pie de la página y le ayudaremos a escoger a un doctor.



DE LOS MIEMBROS DE CHIP Y LOS MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

1. Usted tiene el derecho de recibir información precisa y fácil de entender, para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud de su hijo, sus doctores, hospitales y demás proveedores.
2. El plan de salud debe informarle si usa una “red limitada de proveedores.” Una “red limitada” es un grupo de doctores y otros proveedores que sólo envían a sus pacientes a otros doctores dentro del mismo grupo. Quiere decir que no podrá ver a todos los doctores que participan en el plan de salud. Si su plan de salud tiene redes limitadas, debe confirmar que el proveedor de cuidado primario de su hijo y cualquier especialista que usted quiera ver estén en la misma “red limitada.”
3. Usted tiene el derecho de saber cómo se paga a sus doctores. Algunos doctores reciben una cantidad fija, sin importar el número de consultas que usted le haga. Otros reciben pagos basados en los servicios que dan a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son estos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene el derecho de saber cómo decide el plan si un servicio está cubierto o si es médicamente necesario. Tiene el derecho de saber sobre el personal del plan de salud que toma esas decisiones.
5. Tiene el derecho de saber el nombre y la dirección de los hospitales y otros proveedores que participan en el plan de salud.
6. Tiene el derecho de escoger entre una lista amplia de proveedores de atención médica, para asegurarse de que su hijo reciba atención adecuada cuando la necesite.
7. Si está confirmado que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que el proveedor de cuidado primario de su hijo sea un especialista. Hable con el plan de salud sobre esta opción.
8. Los niños a quienes se les ha confirmado que tienen necesidades médicas especiales o discapacidades, tienen derecho a atención especial.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales, y el doctor que le atiende deja de participar en el plan de salud, es posible que su hijo lo siga viendo por tres meses, y el plan de salud debe continuar pagando esos servicios. Hable con el plan de salud sobre cómo funciona esta opción.
10. Si su hijo tiene el derecho de ver a un ginecoobstetra que participa en el plan sin autorización de su doctor de cuidado primario, y sin comunicarse primero con el plan de salud. Hable con el plan de salud sobre esta opción. Algunos planes exigen que escoja a un ginecoobstetra antes de verlo sin autorización.
11. Usted tiene el derecho de recibir servicios de atención médica de emergencia cuando sean necesarios, si tiene razón para creer que la vida de su hijo corre peligro, o que su hijo podría quedar gravemente lastimado si no recibe atención inmediata. Dispone de la cobertura de servicios de emergencia, sin tener que comunicarse primero con el plan. Puede que tenga que hacer un copago en el programa CHIP, según sus ingresos. Los copagos no se aplican en el Programa Perinatal de CHIP.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones referentes a la atención médica de su hijo.
13. Tiene el derecho de hablar por su hijo en todas las decisiones sobre tratamiento.



14. Tiene el derecho de obtener una segunda opinión sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo, de otro doctor del plan de salud.
15. Tiene el derecho de recibir un trato justo del plan, los doctores, los hospitales y demás proveedores.
16. Tiene el derecho de hablar en privado con los doctores de su hijo y con otros proveedores, y de mantener la confidencialidad del expediente médico de su hijo. Tiene el derecho de estudiar y copiar el expediente médico de su hijo y de pedir que lo enmienden.
17. Tiene derecho a un proceso imparcial y eficiente para resolver los problemas que tenga con el plan de salud y los doctores, los hospitales y las demás personas que prestan servicios a su hijo. Si el plan de salud dice que no va a pagar un servicio o beneficio que está cubierto, que el doctor crea es médicamente necesario, tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le diga si está de acuerdo con el doctor o con el plan.

Usted y el plan de salud están interesados en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Trate de tener hábitos sanos, por ejemplo, anime a su hijo a evitar el tabaco y a seguir una dieta saludable.
2. Participe en la toma de decisiones médicas acerca del tratamiento de su hijo.
3. Trabaje en equipo con los doctores y demás proveedores del plan de salud para escoger tratamientos, con los que todos estén de acuerdo.
4. Trate primero de resolver cualquier desacuerdo que tenga con el plan de salud, siguiendo el proceso de quejas del plan.
5. Aprenda sobre lo que el plan cubre y no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Llegue a tiempo al consultorio del doctor si tiene una cita con su hijo. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Pague al doctor y a los demás proveedores los copagos que les debe. Si su hijo está en el Programa Perinatal de CHIP, no se aplican los copagos.
8. Denuncie el mal uso del programa CHIP o del Programa Perinatal de CHIP de parte de los proveedores de atención médica, otros miembros de CHIP u otros planes de salud.



DE LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP

1. Usted tiene el derecho de recibir información precisa y fácil de entender, para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud de su hijo que está por nacer, sus doctores, hospitales y demás proveedores.
2. Usted tiene el derecho de saber cómo se paga a los proveedores perinatales. Algunos doctores reciben una cantidad fija, sin importar el número de consultas que usted le haga. Otros reciben pagos basados en los servicios que dan a su hijo que está por nacer. Usted tiene el derecho de saber cuáles son estos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene el derecho de saber cómo decide el plan si un servicio perinatal está cubierto o si es médicamente necesario. Tiene el derecho de saber sobre el personal del plan de salud que toma esas decisiones.
4. Tiene el derecho de saber el nombre y la dirección de los hospitales y otros proveedores perinatales que participan en el plan de salud.
5. Tiene el derecho de escoger entre una lista amplia de proveedores de atención médica, para asegurarse de que su hijo que está por nacer reciba atención adecuada cuando la necesite.
6. Tiene el derecho de recibir servicios perinatales de emergencia cuando su hijo que está por nacer los necesite, si tiene razón para creer que la vida de éste corre peligro, o que podría quedar gravemente lastimado si no recibe atención inmediata. Dispone de la cobertura de servicios de emergencia, sin tener que comunicarse primero con el plan de salud.
7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones referentes a la atención médica de su hijo que está por nacer.
8. Tiene el derecho de hablar por su hijo que está por nacer en todas las decisiones sobre tratamiento.
9. Tiene el derecho de recibir un trato justo del plan, los doctores, los hospitales y demás proveedores.
10. Tiene el derecho de hablar en privado con

su proveedor perinatal y de mantener la confidencialidad de su expediente médico.

Tiene el derecho de estudiar y copiar su expediente médico y de pedir que lo enmienden.

11. Tiene derecho a un proceso imparcial y eficiente para resolver los problemas que tenga con el plan de salud y los doctores, los hospitales y las demás personas que prestan servicios perinatales a su hijo que está por nacer. Si el plan de salud dice que no va a pagar por un beneficio o servicio perinatal que está cubierto, que el doctor de su hijo que está por nacer crea es médicamente necesario, tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le diga si está de acuerdo con el doctor o con el plan.

Usted y el plan de salud están interesados en que su hijo nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo las siguientes responsabilidades.

1. Trate de tener hábitos sanos. Evite el tabaco y siga una dieta saludable.
2. Participe en la toma de decisiones acerca del tratamiento de su hijo que está por nacer.
3. Trate primero de resolver cualquier desacuerdo que tenga con el plan de salud, siguiendo el proceso de quejas del plan.
4. Aprenda sobre lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual del Programa Perinatal de CHIP para entender cómo funcionan las reglas.
5. Trate de llegar a tiempo al consultorio del doctor. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Denuncie el mal uso del Programa Perinatal de CHIP de parte de los proveedores de atención médica, otros miembros u otros planes de salud.



¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA BAJO EL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP?

Usted y su bebé tienen derecho a beneficios durante 12 meses. Los beneficios comenzarán el mes en que usted se inscriba en el Programa Perinatal de CHIP. Los beneficios de su recién nacido terminan 12 meses de la fecha en que usted se inscribió.

¿ME ENVIARÁ EL ESTADO UN AVISO CUANDO TERMINE LA COBERTURA DEL PROGRAMA PERINATAL DE CHIP?

Sí. En el décimo mes de cobertura, su recién nacido recibirá un paquete de renovación de CHIP.

¿CÓMO FUNCIONA LA RENOVACIÓN?

Usted tendrá que llenar la solicitud de renovación. Luego la enviará a la dirección donde hacen la inscripción. Si su bebé llena los requisitos, se volverá miembro de CHIP tradicional.

¿RECIBE BENEFICIOS MI BEBÉ DESDE SU NACIMIENTO?

Sí. Usted tendrá que escoger a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para su bebé.

¿PUEDO ESCOGER AL PCP DE MI BEBÉ ANTES DE QUE NAZCA?

Sí. Es mejor escoger al PCP de su bebé antes de que nazca.

¿A QUIÉN DEBO LLAMAR? ¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITAN?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Community First. El teléfono aparece al pie de la página. El personal le ayudará a escoger a un PCP para su bebé. Dígales la fecha de nacimiento de su bebé, o la fecha en que espera dar a luz. Si no escoge a un PCP para su bebé, nosotros le escogeremos uno.

¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA? ¿A QUIÉN LLAMO?

Si tiene una queja, llámenos. Puede llamarnos al (210) 358-6300, ó gratis al 1-800-434-2347.

¿PUEDE AYUDAR ME A PRESENTAR UNA QUEJA ALGUIEN DE COMMUNITY FIRST?

Sí. Un Defensor de Servicios para Miembros de Community First le puede ayudar.

¿CUÁNTO TIEMPO SE TARDARÁ PARA TRAMITAR MI QUEJA?

Si llama para presentar una queja, le enviaremos una carta dentro de 5 días para avisarle que recibimos su queja. También le enviaremos una forma de queja.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y LOS PLAZOS PARA PRESENTAR UNA QUEJA?

Después de que usted devuelva la forma de queja, le enviaremos una carta dentro de 5 días para avisarle que la recibimos. Luego, le enviaremos nuestra decisión por correo dentro de 30 días.

Envíe su queja a:

Member Services
Community First Health Plans
4801 NW Loop 410, Suite 1000
San Antonio, TX 78229

¿TENGO EL DERECHO DE REUNIRME CON EL PANEL DE APELACIÓN DE QUEJAS?

Si no está satisfecho con nuestra respuesta, puede presentar por escrito una apelación de la queja. Llame a nuestros Defensores de Servicios para Miembros. Si presenta una apelación de la queja, le enviaremos una carta dentro de 5 días para avisarle que la recibimos. Programaremos una audiencia ante el Panel de Apelación de Quejas. A los 5 días antes de la audiencia, recibirá una carta con información importante sobre sus derechos de apelación. Puede comparecer ante el Panel de Apelaciones. Después de la audiencia ante el Panel de Apelación, le enviaremos nuestra respuesta dentro de 30 días de la fecha en que recibimos la apelación escrita.



¿QUÉ HAGO SI NO ESTOY SATISFECHO CON LA RESOLUCIÓN DE MI QUEJA?

Si aún no está satisfecha, puede presentar una queja con el Departamento de Seguros de Texas (TDI). Puede comunicarse con el TDI al:

Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
1-800-252-3439

Puede presentar una queja al TDI en cualquier momento.

¿QUÉ HAGO SI COMMUNITY FIRST NIEGA O LIMITA LA PETICIÓN DE MI DOCTOR DE UN SERVICIO CUBIERTO?

Community First puede negar un servicio si no es médicamente necesario. Si no está satisfecha con la decisión, puede apelar por teléfono o por correo.

¿CUÁNDO TENGO EL DERECHO DE PEDIR UNA APELACIÓN?

Usted tiene el derecho de pedir una apelación cuando los servicios de atención médica se nieguen porque no son médicamente necesarios.

¿CÓMO ME AVISARÁN SI SE NIEGAN LOS SERVICIOS?

Recibirá una carta avisándole de la decisión, con una forma de apelación.

¿TIENE QUE ESTAR POR ESCRITA MI PETICIÓN?

Puede presentarla oralmente o por escrito.

¿PUEDE ALGUIEN DE COMMUNITY FIRST AYUDARME A PRESENTAR LA APELACIÓN?

Envíe la forma de apelación, o llámenos. Un Defensor de Servicios para Miembros de Community First le puede ayudar. Sólo llame al (210) 358-6300 ó gratis al 1-800-434-2347.

¿CUÁLES SON LOS PLAZOS DEL TRÁMITE DE APELACIÓN?

Se le enviará una carta dentro de 5 días para avisarle que recibimos su apelación. Le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.

¿QUÉ PASA SI LOS SERVICIOS QUE NECESITO SON PARA TRATAR UNA EMERGENCIA O ESTOY EN EL HOSPITAL?

Si es una emergencia o está en el hospital, puede pedir una apelación acelerada.

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN ACELERADA?

Se pide una apelación acelerada cuando necesita una decisión inmediatamente porque su salud o su vida está en peligro.

¿CUÁLES SON LOS PLAZOS DE UNA APELACIÓN ACELERADA?

Si tenemos toda la información necesaria, contestaremos dentro de un día hábil.

¿CÓMO SE PIDE UNA APELACIÓN ACELERADA? ¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR A PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Llámenos al teléfono al pie de la página. Nuestros Defensores de Servicios para Miembros le pueden ayudar.

¿TIENE QUE ESTAR POR ESCRITO MI PETICIÓN?

Puede presentar la petición oralmente o por escrito.

¿QUÉ PASA SI COMMUNITY FIRST NIEGA MI PETICIÓN DE UNA APELACIÓN ACELERADA?

Le avisaremos. La petición será tramitada bajo el proceso normal de apelación y le enviaremos nuestra decisión dentro de 30 días.



¿QUÉ HAGO SI NO ESTOY SATISFECHO CON LA RESOLUCIÓN DE MI APELACIÓN?

Llámenos para pedir una revisión ante una organización independiente de revisión (IRO), o puede pedirla por escrito.

¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE DE REVISIÓN, O IRO?

Una IRO es un grupo de doctores que no son empleados de Community First. Un especialista estudiará su apelación y tomará la decisión final.

¿CUÁLES SON LOS PLAZOS DE ESTE TRÁMITE?

Le enviaremos la decisión final dentro de 15 días de la fecha en que recibimos su petición de la revisión ante una IRO.

¿QUÉ PASA SI NO ESTOY SATISFECHO CON LA DECISIÓN FINAL?

Si aún no está satisfecho, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas (TDI).

Comuníquese con el TDI a:
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
1-800-252-3439

¿CÓMO DENUNCIO A ALGUIEN QUE ESTÁ ABUSANDO DEL PROGRAMA?

Si sospecha que un cliente (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, terapeuta, etc.) ha malgastado, abusado o defraudado el programa, usted tiene la responsabilidad y el derecho de denunciarlo.

Puede denunciar a proveedores o clientes directamente a su plan de salud a:

Community First Health Plans
Director of Member Services
4801 NW Loop 410, Suite 1000
San Antonio, TX 78229
1-800-434-2347

O, si tiene acceso a Internet, puede ir al sitio web de la Fiscalía General (OIG) de la HHSC en www.hhs.state.tx.us y seleccione "Reporting Waste, Abuse and Fraud". El sitio proporciona información sobre los tipos de malgasto, abuso y fraude que se deben denunciar. Si no tiene acceso a Internet y prefiere hablar con alguien, llame a la Línea Directa contra el Fraude de la Fiscalía General (OIG) al 1-800-436-6184, ó envíe una declaración por escrito a la OIG a una de las siguientes direcciones.

Para denunciar a proveedores, use esta dirección:

Office of Inspector General
Medicaid Provider Integrity/Mail Code 1361
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Para denunciar a clientes, use esta dirección:

Office of Inspector General
General Investigations/Mail Code 1362
P.O. Box 85200
Austin, TX 78708-5200

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna cuanta información sea posible.



Al denunciar a un proveedor (por ejemplo, un doctor, dentista, terapeuta, etc.) dé la siguiente información:

- El nombre, la dirección y el teléfono del proveedor;
- El nombre y la dirección del centro (hospital, centro para convalecientes, agencia de servicios de salud en casa, etc.);
- El número de Medicaid del proveedor o centro es útil;
- El tipo de proveedor (doctor, terapeuta físico, farmacéutico, etc.);
- Los nombres y teléfonos de testigos que puedan ayudar con la investigación;
- Las fechas de los sucesos;
- Un resumen de lo ocurrido.

Al denunciar a un cliente (una persona que recibe beneficios), dé la siguiente información:

- El nombre de la persona
- La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe;
- La ciudad donde vive la persona;
- Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

