El Paso Health

PLANES DE SALUD PARA LOS PASEÑOS.
POR LOS PASEÑOS.

CHIP Manual Perinatal del Miembro

LLAME **915 532-3778**
LLAMA GRATIS **1 877 532-3778**

CHIP | TEXAS Health and Human Services

EPHM111692607

09/2026

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Acerca de los Servicios Médicos Administrados 1
Números telefónicos importantes 1
Tarjeta de identificación de El Paso Health 3
¡No vaya a la sala de emergencias si no es necesario! 4

PROVEEDORES PARA MIEMBROS EN ESTADO DE EMBARAZO DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

¿Qué necesito llevar a la cita con el médico Perinatal? 5
¿Una clínica puede ser un proveedor médico Perinatal? 5
¿Cómo puedo obtener atención médica después de horas hábiles? 5

CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de Plan de Salud? 6
Inscripción simultánea de los programas CHIP y CHIP Perinatal 7

LOS BENEFICIOS PARA LAS EMBARAZADAS QUE SON MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL 9

¿Cuáles son los beneficios del programa CHIP Perinatal para mi bebe que está por nacer? (Para los miembros en estado de embarazo) 11
¿Cuáles son los beneficios que no cuentan con cobertura? 16
¿Tendré que pagar por los servicios que no cuentan con cobertura? 18
¿Cuánto tengo que pagar por el cuidado médico de mi hijo aun no nacido bajo el programa de CHIP Perinatal? 18
¿Cuáles son los beneficios de medicamentos recetados para mi hijo que aún no nace? 18
¿Cuáles son los beneficios adicionales de El Paso Health? 19
¿Cómo puedo obtener estos beneficios adicionales para mi hijo(a) que está por nacer? 22
¿Qué tipos de clases ofrece de El Paso Health en materia de educación en la salud? 22

ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA LAS EMBARAZADAS QUE SON MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

¿Qué significan los servicious médicamente necesarios? 23
¿Qué significa atención médica de rutina? 24
¿Qué significa cuidado de urgencia? 24

EPHM111692607

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

¿Qué significa atención médica de emergencia? 25
¿Qué hago si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje? 26
¿Qué significa una referencia médica? 26
¿Qué ocurre si necisito de servicios que no cuentan con cobertura bajo el programa CHIP Perinatal? 26
¿Cómo obtengo mis medicamentos? 26
¿Puede alguien interpretar por mí cuando hable con el doctor? 27
¿Como puedo obtener un interprete cara a cara en la oficina del proveedor? 28
¿Cómo elegir a un proveedor perinatal? 28
¿Qué hago si recibo un cobro por parte del doctor? 29
¿Qué tengo que hacer si cambio de domicilio? 29
¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para poder tomar decisiones sobre mi atención médica? 29
Derechos y Responsabilidades del Miembro 33
¿Cuando termina mi cobertura del programa CHIP Perinatal? 34
¿En que consiste el programa de renovación? 34
¿Mi bebe se convierte en beneficiario al nacer? 35
¿Puedo escoger al médico de atención primaria de mi bebe antes de que nazca? 35

EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

¿Qué hago si tengo una queja? 36
Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme? 36
¿Alguien de El Paso Health me puede ayudar a presentar una queja? 36
¿Cuánto se tardara para que mi queja sea procesada? 36
¿Cuáles son los requisitos y los márgenes de tiempo para presentar una queja? 36
¿Tengo derecho de hablar con un panel de apelación de quejas? 37

EL PROCESO DE APELACIÓN PARA UNA RESOLUCIÓN ADVERSA POR PARTE DEL PROGRAMA CHIP

¿Qué podría hacer en caso de que El Paso Health negara o limitara una orden de mi doctor para un servicio médico o medicamento que cuente con cobertura? 37
¿Cómo se me notificara si los servicios médicos han sido negados? 38

EL PROCESO AGILIZADO DE APELACIONES POR PARTE DE EL PASO HEALTH

¿Qué significa una apelación acelerada? 39
¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada? 39
¿Mi petición para presentar una apelación deberá ser por escrito? 39
¿Cuáles son los márgenes de tiempo para una apelación acelerada? 39
¿Qué sucede en caso de que El Paso Health negara la petición de una apelación acelerada? 40

REVISIÓN ESPECIALIZADA

¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación acelerada? 40

EL PROCESO DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿Qué es una organización de revisión independiente? 41
¿Cómo puedo solicitar una revisión por parte del IRO? 41
¿Cuáles son los márgenes de tiempo para este proceso? 42
¿Quien puede ayudarme a llenar una apelacion? 42

FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude? 43

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN 44

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a complaint:

You may contact your Compliance Director at **915-532-3778.**

You may call El Paso Health "toll-free" telephone number for information or to make a complaint at: **1-877-532-3778**

You may also write to El Paso Health at:

1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights or complaints at: **1-800-252-3439**

You may write the Texas Department of Insurance:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax: (512) 475-1771
Web: http://www.tdi.state.tx.us
E-mail:
ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES:

Should you have a dispute concerning your premium or about a claim you should contact El Paso Health first. If the dispute is not resolved, you may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY:

This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para someter una queja:

Puede comunicarse con el Compliance Director al **915-532-3778.**

Puede llamar al número de teléfono gratis de El Paso Health para más información o para someter una queja al: **1-877-532-3778**

Usted también puede escribir a El Paso Health a:

1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información acerca de companias, coberturas, derechos o quejas al: **1-800-252-3439**

Puede escribir al Departamento de Seguros de Texas:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax: 1-(512) 475-1771
Web: http://www.tdi.state.tx.us
E-mail:
ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

DISPUTAS SOBRE PRIMAS O RECLAMOS:

Si tiene una disputa concerniente a su prima o a un reclamo, debe comunicarse con El Paso Health primero. Si no se resuelve la disputa, puede entonces comunicarse con el departamento (TDI).

UNA ESTE AVISO A SU POLIZA:

Este aviso es solo para propósito de información y no se convierte en parte o condición del documento adjun.

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

IMPORTANT NOTICE TO MEMBERS

If you have any questions or need help, please call our Member Services Department at **915-532-3778** or toll free at **1-877-532-3778** from 8 A.M. to 5 P.M. Mountain Time, Monday thru Friday. For TTY, dial **711.** We can provide you with written or oral interpretation of the services provided. Call us toll free at **1-877-532-3778** to receive support aids and services, including this material in another format.

AVISO A LOS MIEMBROS

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **915-532-3778** o al número gratuito **1-877-532-3778** de 8 A.M. a 5 P.M. horario de la montaña, de lunes a viernes. Para TTY, marque **711.** Podemos proporcionar una interpretación escrita u oral de los servicios brindados. Llámenos sin cargo al **1-877-532-3778** para asistencia técnica y servicios, incluyendo material en otro formato.

GLOSARIO DE TERMINOS

Apelación – Una petición para su organización de cuidado administrado a una negación o una reclamación otra vez.

Atención de enfermería especializada – Servicios de enfermeras con licencia en su propia casa o en un hogar de ancianos.

Atención de hospital ambulatoria – Cuidados en un hospital que por lo general no requieren una noche de estancia.

Atención de la sala de emergencia – Servicios de emergencia que recibe en una sala de emergencias.

Atención médica domiciliaria – Servicios de asistencia médica que una persona recibe en una casa.

Atención urgente – Cuidado de una enfermedad, lesión o condición suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan severa como para requerir atención de emergencia.

Autorización previa – Una decisión por su aseguradora de salud o plan antes de recibir un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento o equipo médico duradero que es médicamente necesario. A veces se llama autorización, aprobación o certificación. Autorización previa no asegura que su seguro médico o plan cubrirá el costo.

Cobertura de medicamentos recetados – Seguro de salud o plan que ayuda a paga por medicamentos y medicamentos recetados.

Condición médica de emergencia – Una enfermedad, accidente, síntoma o problema tan grave que una persona razonable quizá busque atención inmediata para evitar daños.

Copago – Una cantidad fija (por ejemplo, $15) que paga por un servicio médico cubierto, generalmente cuando usted recibe el servicio. La cantidad puede variar por el tipo de servicio médico cubierto.

Equipo médico duradero (DME) – Equipos y suministros ordenados por un médico para el uso diario o prolongado. Cobertura para DME puede incluir: equipo de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o tiras de prueba para la sangre para los diabéticos.

Especialista – Un médico especialista que se centra en un área específica de la medicina o un grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar a ciertos tipos de síntomas y condiciones.

Hospitalización – Cuidado en un hospital que requiere admisión como una hospitalización y generalmente requiere que le paciente pase la noche en el hospital.

Médicamente necesario – Servicios de salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas los cuales incluyen estándares aceptados de la medicina.

Medicamentos – Medicamentos que de acuerdo a la ley requieren receta médica.

Médico de atención primaria – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía) que directamente proporciona o coordina una variedad de servicios de atención médica para un paciente.

Plan de salud – Un beneficio como Medicaid que paga por sus servicios de salud.

Prima – La cantidad que debe pagar por su seguro médico o plan.

Proveedor – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía), institución médica profesional o atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo requerido por la ley estatal.

Proveedor de cuidado primario – Un médico (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía), enfermera, enfermera de clínica especialista o asistente médico, según lo permitido bajo la ley estatal, que prevé, coordina, o ayuda al paciente a tener acceso una gama de servicios de salud.

Proveedor no participante – Un proveedor que no tiene un contrato con su compañía de seguros de salud o plan para brindarle los servicios cubiertos. Puede ser más difícil obtener la autorización de su aseguradora de salud o plan para obtener servicios de un proveedor no participante, en lugar de un proveedor participante. En casos limitados como no hay otros proveedores, su compañía de seguros de salud puede contratar a pagarle a un proveedor no participante.

Proveedor participante – Un proveedor que tiene un contrato con su compañía de seguros de salud o plan para brindarle los servicios cubiertos.

Queja (complaint) – Una queja que usted comunica a su aseguradora de salud o plan.

Queja (grievance) – Un reclamo a su plan o aseguranza de salud.

Red – Instalaciones, médicos y proveedores que su aseguranza de salud o plan ha contratado a proporcionar servicios de salud.

Seguro de salud – Un contrato que requiere a su compañía de seguro de salud pagar sus gastos de salud cubiertos a cambio de una prima.

Servicios de emergencia – Evaluación de una condición médica de emergencia y tratamiento para evitar que la condición empeore.

Servicios de habilitación y dispositivos – Servicios de atención médica como terapia fisica u ocupacional que puede ayudar a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria.

Servicios de hospicio – Servicios para proporcionar confort y apoyo a personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a su familia.

Servicios de rehabilitación y dispositivos – Servicios de atención médica como terapia fisica u ocupacional que ayudan a una persona a mantener, recuperar o mejorar habilidades y funcionamiento para la vida diaria que se han perdido o deteriorado porque una persona estaba enferma, lastimada o deshabilitada.

Servicios de un médico profesional – Servicios de salud que un médico con licencia (M.D.–médico o D.O.–Doctor en medicina osteopatía) proporciona o coordina.

Servicios excluidos – Servicios de atención médica que su seguro médico o plan no paga o cubre.

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

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

INTRODUCCIÓN

GRACIAS POR ESCOGER A EL PASO HEALTH

El Paso Health se alegra en darle la bienvenida a nuestro programa CHIP Perinatal. Usted y su hijo(a) recibirán los beneficios que cuentan con cobertura médica y los servicios de doctores, hospitales y otros establecimientos del cuidado médico que son parte de la red de proveedores del El Paso Health.

El Paso Health es una Organización para el Mantenimiento de la Salud que proporciona servicios y beneficios a las personas que son elegibles para el plan CHIP Perinatal. Los planes de salud de El Paso Health brindarán o dispondrán de servicios médicos que cuentan con cobertura a los miembros que se inscriban al plan de salud.

ACERCA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ADMINISTRADOS

CHIP Perinatal consiste en servicios médicos administrados. Los servicios médicos administrados le permite escoger al Médico de Atención Primaria de su hijo(a). Este Médico de Atención Primaria puede ser un doctor, un(a) enfermero(a) especializado(a) o un(a) asistente del doctor. En este manual, nos referiremos al Médico de Atención Primaria como "doctor". Referencias a "usted," "mi/mío", o "yo" corresponderán si usted es miembro del programa CHIP. Referencias a "mi hijo(a)" corresponderán a su hijo(a) si es miembro del programa CHIP o miembro del programa CHIP Perinatal de recién nacidos.

La ventaja de mayor importancia de los servicios médicos administrados es que su hijo(a) tendrá su propio doctor. Este doctor se asegurara de que su hijo(a) reciba los cuidados médicos que su hijo(a) requiera. El doctor le proporcionará la información que usted necesita saber para hacer buenas decisiones acerca del tratamiento de su hijo(a).

NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

Nuestra dirección

EL PASO HEALTH–CHIP PERINATAL
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925
915-532-3778 o sin costo al **1-877-532-3778**
Lunes a viernes durante horas hábiles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Tiempo de la Montaña, a excepción de los días festivos estatales. El horario de trabajo de centro del atencion es de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

El servicio al cliente

Nuestro personal de Servicio al Cliente cuenta con personas altamente capacitadas y entrenadas que hablan fluidamente el inglés y el español. Usted puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**

Nuestro Departamento de Servicio al Cliente puede:

- explicarle cuales servicios cuentan con cobertura,
- ayudarle a escoger al Médico de Atención Primaria de su hijo(a) en caso de que no cuente con uno,
- ayudarle a encontrar un doctor para su hijo(a) cerca de su domicilio,

- ayudarle a cambiar el Médico de Atención Primaria de su hijo(a),
- mandarle tarjetas de identificación nuevas,
- informarle que hacer en caso de que se mude fuera del área de cobertura,
- explicarle como obtener servicio de transporte,
- fungir como su defensor y escuchar sus quejas y preocupaciones y hacer algo al respecto,
- informarle acerca de cursos, ferias de la salud y otros eventos especiales en su zona.

¡Manténgase conectado con la aplicación móvil de El Paso Health!

La applicacion de El Paso Health es segura y conveniente. Le puede ayudar a administrar su información de atención médica. Usted puede crear una cuenta gratuita que le permitirá:

- Ver o imprimir una identificación temporal
- Ver información de Elegibilidad
- Buscar un proveedor
- Solicitar un cambio de proveedor
- Ver información sobre la salud
- Ver autorizaciones
- Ver reclamos
- Hacer preguntas

Servicio de contestación después de horas hábiles

Aunque llame después de las horas normales de oficina, en los fines de semana o días feriados, El Paso Health contestará su llamada. Tenemos personal bilingüe trabajando por la noche que puede darle la información que necesita o tomar un recado para que alguien de nuestro Departamento de Servicio al Cliente le llame al próximo día laboral. Nuestro teléfono es el **915-532-3778** o el **1-877-532-3778.**

Servicios de intérprete

Puede obtener los servicios de intérprete por medio del Departamento de Servicio al Cliente. Llame al **915-532-3778** si está en El Paso o al **1-877-532-3778.**

Otros Números Telefónicos

CHIP **1-800-647-6558**
Medicamentos Recetados **915-532-3778** o **1-877-532-3778**

Manual para los Miembros

Si necesita ayuda para entender o leer éste manual, sólo tiene que hablar a la línea de ayuda de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778.** Este numero está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Usted puede hablar con un representante de Servicio al Cliente en inglés o en español. Ellos le ayudarán amablemente a entender el contenido de este manual.

Si usted necesita el manual en formato de audio, letra amplificada, Braile, u otro idioma, sólo llame a la línea de ayuda de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** para solicitarlo.

Línea Gratuita TTY para personas con problemas de la audición

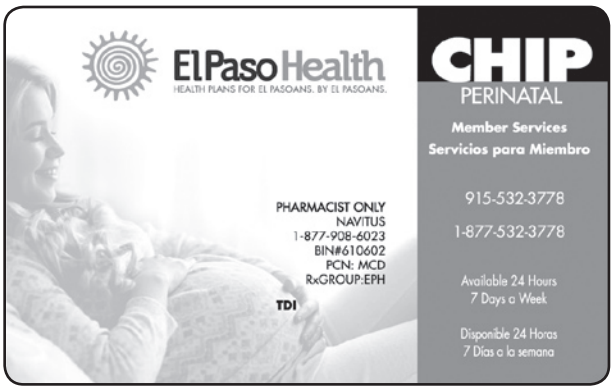
Para TTY, marque **711.**

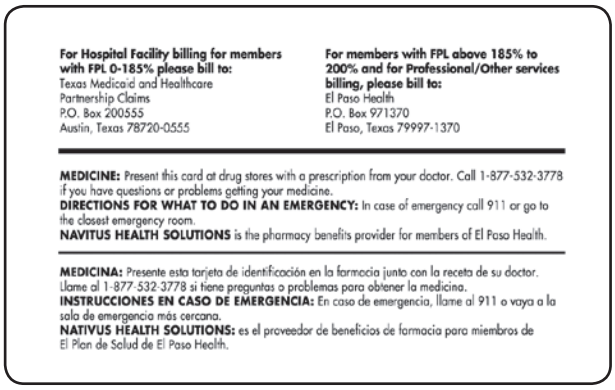
Transporte

Para conseguir transporte gratuito al consultorio del doctor, llame al teléfono de Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778.**

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE EL PASO HEALTH

Nosotros le daremos a usted una tarjeta de identificación como la que se muestra aquí:





Así es como demostrará que usted y/o su hijo(a) es miembro de El Paso Health. Siempre cargue consigo estas tarjetas en su cartera o bolsa. Esto le asegurará que usted la porte en caso de una emergencia. La información impresa en su tarjeta es:

- El número de identificación del plan y el nombre y la fecha de nacimiento de usted.
- El nombre, el domicilio, y el número de teléfono del doctor.
- El número de teléfono de la línea atendida las 24 horas por parte de Servicio al Cliente de El Paso Health. Usted puede hablar a este número cuando tenga una pregunta o problema – **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**
- El número de teléfono en caso de que haya alguna pregunta referente a sus beneficios de medicamentos.
- La fecha en la cual su cobertura empieza.
- El número al cual usted puede hablar si usted tiene una crisis.

En caso de pérdida o robo, favor de llamar a la línea de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o del exterior favor de llamar al **1-877-532-3778.** Un representante de Servicio al Cliente le enviará una tarjeta nueva a su domicilio.

¡NO VAYA A LA SALA DE EMERGENCIAS SI NO ES NECESARIO!

CLÍNICAS NOCTURNAS

Cuando su hijo(a) padece de:

• Fiebre • Diarrea • Vómito • Estreñimiento • O cualquier otra enfermedad

…llévelo(a) a una de las clínicas nocturnas con horarios extendidos. Así evitará una larga estancia en la sala de emergencia y su hijo(a) obtendrá tratamiento médico de calidad. Para más información favor de llamar al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778.**

Puede variar el horario de atención de la clínica durante la pandemia de COVID-19. Llame con anticipación para asegurarse de que estén abiertas.

CLÍNICAS NOCTURNAS

MONTANA PEDIATRIC NIGHT CLINIC PA
11800 Montana Ave
El Paso, TX 79936
(915) 546-4140
Lun-Vie 6pm-9pm
Sab 8:30am-12pm
Dom 6pm-9pm

SALUD Y VIDA PA
6974 Gateway Blvd East, Ste F
El Paso, TX 79915
(915) 774-8850
Lun-Jue 6pm-10pm
Vie 6pm-8pm
Sab 9am-7pm
Domingo cerrado

SOUTHWEST PEDIATRIC NIGHT CLINIC
2325 Pershing
El Paso, TX 79903
(915) 633-9280
Lun-Dom 6pm-9pm

PROVEEDORES PARA MIEMBROS EN ESTADO DE EMBARAZO DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

¿QUÉ NECESITO LLEVAR A UNA CITA CON EL MÉDICO PERINATAL?

Cuando usted necesita ver a su doctor(a), hable antes a al consultorio y programe una cita. De ésta manera su espera no será larga.

Cuando llame, esté preparado para contarle a la recepcionista acerca de su problema de salud o de alguna pregunta que tenga.

Es importante que sea puntual a sus citas. Si necesita cancelar una cita con su doctor, por favor llame al consultorio lo mas pronto posible.

Si usted tiene un problema médico que necesite atención el mismo día, llame a su doctor inmediatamente. Su doctor le informará lo que usted tiene que hacer.

Siempre lleve su tarjeta de identificación de El Paso Health a sus citas. En el consultorio le pedirán que demuestre que usted cuenta con cobertura en el plan de salud. Usted tendrá que mostrar su tarjeta de identificación.

¿UNA CLÍNICA PUEDE SER UN PROVEEDOR MÉDICO PERINATAL?

Un Médico de Atención Primaria puede ser un doctor general, un pediatra (doctor para niños) o un doctor de medicina interna (doctor para adultos). También puede ser una clínica o un Centro Capacitado de Salud Federal (FQHC por sus siglas en inglés). Si necesita ayuda para escoger una clínica, El Paso Health le puede ayudar. Llame al Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**

Los siguientes son ejemplos de los servicios que su Medico de Atención Primaria puede proveerle:

- Revisiones medicas que le ayudan a mantenerse saludable
- Tratamiento para problemas de salud comunes
- Coordinarle exámenes médicos o tratamientos cuando sea necesario

Su doctor es la primera persona a la que debe llamar si tiene un problema de salud o si tiene una pregunta acerca de su salud. Su doctor le proporcionará el cuidado que necesita o lo canalizará con alguien que le pueda ayudar.

¿CÓMO PUEDO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DESPUÉS DE HORAS HÁBILES?

Su doctor está disponible 24 horas al día, ya sea en persona o por teléfono. Si su doctor no está disponible, el/ella se encargará para que otro doctor se puede encargar de usted. Esto incluye fines de semana y días festivos.

Si usted necesita hablar con su doctor, debe llamarle aún si no son durante horas hábiles. Recuerde que el número telefónico de su doctor se encuentra en su tarjeta de identificación. Si le contesta una grabadora, usted puede dejar mensaje para que el doctor le regrese la llamada. Deje su mensaje con los datos que le pida la grabación y un doctor le llamará dentro de 30 minutos.

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD

PARA MIEMBROS DE CHIP PERINATAL

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

¿QUÉ HAGO SI QUIERO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?

- Una vez que escoja un plan de salud para su bebé por nacer, el niño tiene que permanecer en este plan de salud hasta que termine la cobertura de CHIP Perinatal del niño. Los 12 meses de cobertura de CHIP Perinatal empiezan cuando inscribe al bebé por nacer en CHIP Perinatal y continúa después del nacimiento del niño.
- Si vive en un área con más de un plan de salud de CHIP, y no escoge un plan dentro de 15 días de haber recibido el paquete de inscripción, la HHSC escogerá un plan de salud para su bebé por nacer y le enviará información sobre ese plan de salud. Si la HHSC escoge un plan de salud para su bebé por nacer, usted tendrá 90 días para escoger otro plan de salud si no está contenta con el plan que la HHSC escogió.
- Los niños tienen que permanecer en el mismo plan de salud hasta que termine el periodo de inscripción del miembro de CHIP Perinatal, o hasta que termine el periodo de inscripción de los otros niños, lo que ocurra de último. En ese momento, usted podrá escoger otro plan de salud para los niños.
- Usted puede pedir un cambio de plan de salud:
  - — por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP Perinatal;
  - — si se cambia a una área de servicio diferente; y,
  - — por motivo justificado en cualquier momento.

¿A quién llamo?

Para más información, llame gratis al **1-800-964-2777.**

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

Usted puede solicitar el cambio de plan de salud por causa de fuerza mayor o por una buena causa. Para más información, favor de llamar al programa CHIP al **1-800-647-6558.**

¿Cuando entrará en vigor el cambio a mi plan de salud?

El cambio de plan de salud entrará en vigencia el mes siguiente después de que solicitó el cambio. Algunos cambios pueden tardar hasta 45 días, dependiendo de la fecha en que solicitó el cambio.

¿Puede El Paso Health pedir que se me dé de baja del plan de salud por incumplimiento, etc.?

El Paso Health le puede solicitar que dé de baja a su hijo(a) del plan si:

- Usted permite que alguien más utilice su tarjeta de identificación de El Paso Health.
- Usted no obedece las indicaciones que le da el doctor de su hijo(a).
- Usted continua llevando a su hijo(a) a la sala de emergencias cuando en realidad no existe ninguna emergencia.
- Usted ocasiona problemas en el consultorio del doctor.
- Usted no le permite al doctor de su hijo(a) u otras personas que le ayuden.
- Su hijo(a) ya no vive en el área que cuenta con cobertura.

Si hay cualquier cambio en su plan de salud, usted recibira una carta. Si usted decide dejar a El Paso Health, usted deberá llamar a CHIP gratis al **1-800-647-6558** o al **2-1-1.**

Existen situaciones que podrían ocasionar que su hijo(a) abandonara a El Paso Health. Los siguientes son algunos ejemplos:

- su hijo(a) ya no es elegible para contar con cobertura.
- su hijo(a) tiene otro seguro médico.
- su hijo(a) se muda fuera del área de cobertura de El Paso Health.

Si su hijo(a) se encuentra en una de estas situaciones y usted tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**

INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS PROGRAMAS CHIP Y CHIP PERINATAL

Si sus hijos(as) están inscritos en el programa CHIP, ellos permanecerán en el programa CHIP pero recibirán la cobertura del programa CHIP Perinatal. Los co-pagos, los costos compartidos y cuotas de inscripción aún se ejercerán para los hijos(as) inscritos en el programa CHIP.

Un niño(a) que está por nacer y fue inscrito en el programa CHIP Perinatal será transferido al programa de Medicaid por 12 meses de cobertura contínua empezando el día de su nacimiento si el ingreso de la familia del niño(a) es de 185% del Índice Nacional de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) o menor.

Un niño(a) que está por nacer seguirá recibiendo cobertura del programa CHIP Perinatal después de su nacimiento si tiene una familia cuyo ingreso es por arriba del 185% a 200% FPL.

Si usted tiene alguna pregunta, favor de contactar al Departamento de Servicio al Cliente al **915-332-3778** o al **1-877-532-3778.**

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

LOS BENEFICIOS PARA LAS EMBARAZADAS QUE SON MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

LOS BENEFICIOS PARA LAS EMBARAZADAS QUE SON MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL PARA MI BEBE QUE ESTA POR NACER? (PARA LOS MIEMBROS EN ESTADO DE EMBARAZO)

¿Cómo puedo obtener estos servicios?

El Paso Health le puede ayudar a usted a recibir estos servicios.

Lo siguiente es un breve resumen de los servicios que cuentan con cobertura bajo el programa CHIP Perinatal.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones
Hospitalización General Los servicios que se incluyen: Los servicios proporcionados por el hospital que cuenten con cobertura y son considerados una necesidad médica. • Sala de operaciones, sala de recuperación y otras salas de cuidado • Anestesia y su administración (componente técnico de las instalaciones) • Servicios quirúrgicos que son una necesidad médica se limitan a los servicios que se relacionan directamente al parto de un bebé y a los servicios que se relacionan a un aborto o a un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o si el feto murió en el útero). • Servicios para pacientes interno relacionados con (a) un aborto o (b) a un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un si el feto que murió en el útero). Los servicios para pacientes internos relacionados con un aborto o un embarazo no viable incluyen pero no se limitan a: procedimientos de dilatación y legrado, aplicación de los medicamentos adecuados, ultrasonidos, y examen histológico de muestras de tejido.	Para los miembros del programa CHIP Perinatal que viven en familias cuyo ingreso es de 185% o menos del Índice Nacional de Pobreza, los gastos de las instalaciones no cuentan con cobertura, sin embargo, los servicios profesionales relacionados al parto son beneficios que cuentan con cobertura. Para los miembros del programa CHIP Perinatal que viven en familias cuyo ingreso es por arriba del 185% hasta el 200% del Índice Nacional de Pobreza, los beneficios se limitan a gastos de servicios profesionales y gastos de las instalaciones relacionados al parto hasta el nacimiento.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones
Hospitales para pacientes externos, Cínicas (incluyendo centros de salud) y centros de salud ambulatorios Los servicios proporcionados en un clínica hospitalaria o en la sala de emergencias, una clínica o centro de salud, en un departamento de emergencias de un hospital o un centro de salud ambulatorio incluyen: • Rayos X, resonancias magnéticas y exámenes radiológicos (componente técnico) • Servicios de laboratorio y patología (componente técnico) • Equipo para realizar exámenes de diagnóstico • Medicamentos y substancias biológicas que repre sentan una necesidad médica • Servicios ambulatorios que se relacionan con (a) abortos o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero). Los servicios para pacientes externos relacionados con un aborto o un embarazo no viable incluyen pero no se limitan a: procedimientos de dilatación y legrado, aplicación de los medicamentos adecuados, ultrasonidos, y examen histológico de muestras de tejido.	• Puede requerir autorización previa y prescripción. Los servicios de laboratorio y radiológicos se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el cuidado antes del parto y/o en el parto en si hasta el nacimiento de un beneficiario que cuenta con cobertura del programa CHIP Perinatal. El ultrasonido en el útero de una mujer embarazada es un beneficio que cuenta con cobertura bajo el programa CHIP Perinatal siempre y cuando el ultrasonido sea una indicación médica. El ultrasonido puede ser ordenado por tener sospechas de defectos genéticos, embarazos de alto riesgo, retraso en el crecimiento fetal, conformación de la edad gestacional, aborto, o un embarazo no viable. Amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal, y guía ultrasónica para la cordocentesis y transfusión intrauterina fetal son beneficios que cuentan con cobertura bajo el programa CHIP Perinatal con un diagnóstico adecuado. Los exámenes de laboratorio dentro del programa CHIP Perinatal se limitan a: pruebas sin esfuerzo, pruebas de contracción con esfuerzo, exámenes de hemoglobina o hematocrito cada trimestre y entre las semanas 32-36 del embarazo; o un hemograma, un análisis de proteína y glucosa en la orina cada consulta, tipo de sangre y estudio de anticuerpos RH; repetición de estudio de anticuerpos para mujeres RH negativos en la semana 28 seguido por la suministración de inmunoglobulina RHO en caso de ser indicado; examen de anticuerpos en contra de la rubéola, serología para la sífilis, antígeno para el hepatitis B, citología cervical, examen de embarazo, examen de gonorrea, cultivo de orina, examen para la anemia falciforme, examen de la tuberculosis, exam-

	en de anticuerpos para el virus de inmunodeficiencia humana, examen de clamidia, otros exámenes de laboratorio no específicos pero si médicamente necesarios, y exámenes de marcadores múltiples para detectar defectos en el tubo neural (si la paciente inicia el cuidado entre la semana 16 y 20); estudio para detectar diabetes gestacional a las semanas 24-28 de embarazo; otros exámenes de laboratorio según la condición médica del paciente. Los servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero) son beneficios que cuentan con cobertura.
Beneficios que cuentan con cobertura	**Restricciones**
Doctor/Servicios Médicos Profesionales Los servicios incluyen, pero no se limitan a los siguientes: • Servicios del doctor que son considerados médicamente necesarios se limitan a cuidados prenatales y post-natales y/o el parto del bebé hasta su nacimiento. • Consultas al doctor, servicios para pacientes internos y externos. • Laboratorio, rayos X, resonancias magnéticas y servicios de patología incluyendo componentes técnicos y/o de interpretación profesional. • Medicamentos, substancias biológicas y materiales suministrados en el consultorio del doctor. • Componente profesional (paciente interno/externo) de servicios quirúrgicos, incluyendo: – Cirujanos y asistentes de cirujanos para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con la labor de parto del bebé hasta su nacimiento. – Anestesia administrada por el doctor (aparte del cirujano) o enfermero anestesiólogo	Requiere autorización para servicios especializados programados. El componente profesional para un ultrasonido en el útero de una mujer embarazada cuando ha sido ordenado por sospechas a defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, o la conformación de la edad gestacional. El componente profesional para una amniocentesis, cordocentesis, transfusión intrauterina fetal, y guía ultrasónica para la amniocentesis, cordocentesis, y transfusión intrauterina fetal. Requiere autorización después de 4 ultrasonidos.

  - Procedimientos invasivos de diagnóstico directamente relacionados a la labor de parto de un bebé que está por nacer.
  - Servicios quirúrgicos relacionados con (a) un aborto o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero).
- Servicios de doctor en el hospital (incluyendo componentes técnicos e interpretativos por parte del doctor)
- El componente profesional que se relaciona con (a) abortos o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero). Los servicios profesionales relacionados con un aborto o un embarazo no viable incluyen pero no se limitan a: procedimientos de dilatación y legrado, aplicación de los medicamentos adecuados, ultrasonidos, y examen histológico de muestras de tejido.

Beneficios que cuentan con cobertura	**Restricciones**
Cuidado prenatal y servicios familiares de pre embarazo y suministros Los servicios que cuentan con cobertura están limitados a una consulta inicial y visitas subsecuentes de cuidado prenatal que incluyen: Una consulta cada cuatro semanas por las primeras 28 semanas de embarazo; una consulta cada dos a tres semanas de la semana 28 a la 36 de embarazo; y una consulta por semana de la semana 36 hasta a luz. Consultas adicionales son permitidas si existe una necesidad médica.	No requiere autorización previa. Un límite de 20 consultas prenatales y 2 consultas después del parto (entre un máximo de 60 días) sin que haya habido registro de una complicación durante el embarazo. En caso de un embarazo de alto riesgo, consultas adicionales pueden ser necesarias. Las visitas prenatales de un embarazo de alto riesgo no se limitan a 20 consultas por embarazo. El papeleo que respalda la necesidad médica deberá permanecer en expediente del doctor y puede estar sujeta a dar revisión. Las consultas después de la primara deberán incluir: historial provisional (problemas, estado maternal, estado fetal), examen físico (peso, presión sanguínea, altura del fondo uterino, posición fetal y tamaño, la frecuencia cardíaca del feto, extremidades) y exámenes de laboratorio (análisis de orina para la proteína y glucosa cada semana; estudios de hematocrito o hemoglobina cada trimestre y entre las semanas 32-36 de embarazo;

	estudios de marcadores múltiples para detectar anormalidades fetales entre las semanas 16-20 de embarazo; repetir un estudio de anticuerpos para mujeres Rh negativo en la semana 28 seguido por la suministración de inmunoglobulina en caso de ser indicado; estudio para la detección de la diabetes gestacional entre las semanas 24-28 de embarazo; y otros exámenes de laboratorio de acuerdo a la condición médica de la paciente).
Beneficios que cuentan con cobertura	**Restricciones**
Servicios de emergencia, incluyendo hospital de emergencias, doctores, y servicios de ambulancia El plan de salud de El Paso Health no puede exigir una autorización como condición para el pago de situaciones de emergencia relacionadas al parto. Los servicios que cuentan con cobertura se limitan a aquellos servicios de emergencia que están directamente relacionados al parto de un bebé que cuenta con cobertura hasta el momento de su nacimiento. • Los servicios de emergencia se definen por una persona prudente basados en la condición emergente de la salud. • Examen médico para determinar el estado de emergencia cuando está directamente relacionado al parto de un bebé que está por nacer y cuenta con cobertura. • Servicios de estabilización relacionados con el parto de un bebé que está por nacer y cuenta con cobertura. • Transportación de emergencia terrestre, aérea y marítima para el parto o un parto en peligro es un beneficio que cuenta con cobertura. • Los servicios de emergencia relacionados con (a) abortos o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero).	Servicios después del parto o la presencia de complicaciones que resulten en la necesidad de utilizar los servicios de emergencia para la madre del beneficiario del programa CHIP Perinatal no cuentan con cobertura.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones
Servicios de administración de casos Los servicios de coordinación de cuidados son un beneficio que cuenta con cobertura para el bebé que está por nacer.	Estos servicios que cuentan con cobertura incluye información, administración de casos, coordinación de cuidados, y referencia comunitaria.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones
Servicios de coordinación de cuidados Los servicios de coordinación de cuidados son un beneficio que cuenta con cobertura para el bebé que está por nacer.	

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS QUE NO CUENTAN CON COBERTURA?

EXCLUSIONES DE SERVICIOS QUE CUENTAN CON COBERTURA BAJO EL PROGRAMA CHIP PERINATAL PARA LOS MIEMBROS PERINATALES

- Para los miembros CHIP Perinatales cuyo ingreso es de 185% o menos del Índice de Pobreza Nacional, los gastos de las instalaciones para los pacientes internos no cuentan con cobertura si son relacionadas con la hospitalización inicial del miembro perinatal recién nacido. "La hospitalización inicial del miembro perinatal recién nacido" significa la hospitalización relacionada con el nacimiento.
- Los tratamientos para pacientes internos y externos aparte del cuidado prenatal, de parto, y después del parto son relacionados con el niño(a) que está por nacer hasta su nacimiento. Los servicios relacionados a pre-madurez, trabajo de parto falso u otra labor de parto que no culmine en un nacimiento, están excluidos.
- Servicios de la salud mental para pacientes internos.
- Servicios de la salud mental para pacientes externos.
- Equipo Médico Durable u otros aparatos médicos relacionados.
- Suministros médicos desechables.
- Servicios para el cuidado de la salud en casa o en la comunidad.
- Servicios de cuidados de enfermería.
- Servicios dentales.
- Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes internos y servicios de tratamiento de adicciones a domicilio.
- Servicios de tratamiento de adicciones ambulatorios.
- Terapia física, terapia ocupacional, y servicios para personas con trastornos del habla, oído, y lenguaje.
- Cuidados paliativos.
- Instalaciones de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
- Servicios de emergencia aparte de aquellos directamente relacionados al parto del bebé que está por nacer que cuenten con cobertura.

- Servicios para un transplante.
- Programas para dejar de fumar.
- Servicios quiroprácticos.
- Transportación médica que no está directamente relacionada al parto normal o a un parto con complicaciones y/o el nacimiento de un bebé que cuenta con cobertura.
- Artículos para el confort personal, incluyendo pero no se limitan a estuches para el cuidado personal al ingresar al hospital, servicio de teléfono, televisión, fotografías de los recién nacidos, alimentos para los acompañantes del paciente, y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico a la labor de parto o cuidados después del parto.
- Procedimientos o servicios experimentales y/o de investigación médica, quirúrgica o otros cuidados de salud que no son generalmente utilizados o reconocidos por la comunidad médica.
- Tratamiento o evaluación requerida por terceras personas, incluyendo pero no se limita a los escolares, laborales, permiso para abordar un avión, campamentos, seguros o juzgados.
- Servicios de enfermería privados cuando se llevan acabo en un hospital o una institución de enfermería especializada.
- Aparatos mecánicos para el transplante de órganos, incluyendo pero no se limita a un corazón artificial.
- Servicios hospitalarios y de suministros sólo cuando la estancia es para propósitos de diagnóstico y no son parte del trabajo de parto.
- Exámenes de la próstata y mamografías.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Procedimientos quirúrgicos gástricos para la reducción de peso.
- Servicios/cirugía cosmética sólo para propósitos cosméticos
- Dispositivos dentales sólo para propósitos cosméticos.
- Servicios proporcionados fuera de la red no son autorizados por el plan de salud de El Paso Health a excepción de cuidados de emergencia relacionados con el parto del bebé que cuenta con cobertura.
- Servicios, suministros, sustitutos o suplementos alimenticios para el control de peso o para el tratamiento de la obesidad.
- Servicios de acupuntura, naturismo y hipnoterapia.
- Aplicación de vacunas solamente para viajar al extranjero.
- Cuidado rutinario de los pies como el cuidado higiénico (cuidado rutinario de los pies no incluye tratamiento de lesiones o complicaciones por la diabetes).
- Diagnóstico y tratamiento de pie débil, torcido, plano y la extirpación de callos y uñas de los dedos de los pies (esto no aplica a la extirpación de las raíces de la uña o tratamientos quirúrgicos de las condiciones subyacentes de los callos o uñas enterradas).
- Zapatos ortopédicos.
- Artículos de conveniencia.
- Aparatos ortopédicos principalmente utilizados para propósitos de atletismo o recreación.

- Cuidado de custodia (tipo de cuidado que ayuda al niño(a) con sus actividades de la vida diaria, tales como la ayuda a caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparación de una dieta especial, y supervisión de suministro de medicamentos que son generalmente tomados por el niño(a) o dados por uno de los dos padres de familia.
- Servicio de limpieza.
- Servicios de instalaciones públicas y condiciones de cuidado que la ley federal, estatal, o local exige que sean brindadas mientras la gente se encuentra bajo la custodia de las autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de parte de una enfermera(o) que no requiere el entrenamiento especializado de una enfermera(o).
- Entrenamiento, terapia, y servicios de la vista.
- Reembolso de terapia física escolar, terapia ocupacional, o servicios de terapia del habla no cuentan con cobertura.
- Gastos no médicos del donante.
- Gastos incurridos como donante de un órgano.
- Cobertura mientras se encuentra fuera de los Estados Unidos y territorios de los Estados Unidos (incluyendo Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Comunidad de las Islas Marianas del Norte, Guam, y Samoa Americana).

¿TENDRÉ QUE PAGAR POR LOS SERVICIOS QUE NO CUENTAN CON COBERTURA?

El Paso Health no pagará por los servicios que no cuentan con cobertura. Usted será el responsable de permanecer dentro de la red del programa CHIP Perinatal de El Paso Health. Si usted elige salirse fuera de la red del programa CHIP Perinatal, usted tendrá la responsabilidad de pagar por estos servicios.

¿CUÁNTO TENGO QUE PAGAR POR EL CUIDADO MÉDICO DE MI HIJO AUN NO NACIDO BAJO EL PROGRAMA DE CHIP PERINATAL?

No hay no hay copagos para los miembros de CHIP Perinatal incluyendo gastos en beneficios de asistencia de bebé o relacionadas con el embarazo.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA MI HIJO QUE AÚN NO NACE?

El Paso Health pagará por la mayoría de los medicamentos que su médico dice que usted necesita. Ciertos medicamentos no se encuentran en el Formulario Farmacéutico de El Paso Health.

El médico le dará una receta para que pueda ser llevada a una farmacia que está en la red de farmacias El Paso Health.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS ADICIONALES DE EL PASO HEALTH?

A partir del 1 de septiembre del 2026, los miembros en de El Paso Health pueden recibir los siguientes servicios adicionales:

Value-Added Service	CHIP Perinate Member	Se aplican limitaciones o restricciones
Línea de enfermeras las 24 horas del día	Los miembros tienen acceso 24/7 a FIRSTCALL, una línea bilingüe de consejos de salud en El Paso, atendida por enfermeros, farmacéuticos y un director médico de turno.	Ninguna limitación/restricción
Ayuda para obtener transporte	Un servicio de transporte gratuito para asistir a citas médicas o clases de educación sobre salud.	Ninguna limitación/restricción
Servicios dentales adicionales para miembros (de 21 años o más) y mujeres embarazadas	Hasta $500 cada año en revisiones dentales, radiografías, limpiezas de rutina, empastes y extracciones las mujeres embarazadas.	Este beneficio (VAS) es válido una vez al año para miembros embarazadas de CHIP Perinatal. Limitado a la ubicación de los centros.
Servicios de farmacia / Beneficios de medicamentos de venta libre	Una tarjeta de regalo de $50 para artículos de servicios medicamentos después al completar un curso de Orientación para Nuevos Miembros.	La orientación para nuevos miembros debe completarse dentro de los 60 días posteriores a la inscripción para poder recibir la tarjeta de regalo de $50 (tarjeta de regalo de Walmart de $50 para productos de venta libre/sin receta). El beneficio está limitado a una tarjeta de regalo por hogar por año fiscal del estado.
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	Después de completar una clase de First Steps baby shower (clase de embarazo) en El Paso Health, las miembros embarazadas pueden recibir: Un asiento de auto convertible gratuito.	Los miembros de CHIP Perinatal deben asistir a un "baby shower" (clase de embarazo) en El Paso Health para recibir un asiento de bebé convertible para el auto de manera gratuita. Limitado a un asiento de auto gratis por embarazo, a menos que haya nacimientos múltiples. En caso de nacimientos múltiples, cada bebé que nazca vivo recibirá un asiento de auto (por ejemplo, gemelos). Únicamente para miembros de CHIP Perinatal.

Después de completar una clase de First Steps baby shower (clase de embarazo) en El Paso Health, las miembros embarazadas pueden recibir: Una pañalera, pañales y otros artículos para el bebé.	Las miembros embarazadas de CHIP Perinatal deben asistir a un "baby shower" (clase de embarazo) en El Paso Health para recibir una pañalera, un suministro inicial de pañales y otros artículos, como crema para bebé y toallitas húmedas. Únicamente para miembros de CHIP Perinatal. La pañalera, el suministro inicial de pañales y los demás artículos están limitados por embarazo.
Una tarjeta de regalo de $100 para miembros embarazadas que completen una visita prenatal durante el primer trimestre (90 días) o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción (para nuevas miembros).	Las miembros embarazadas de CHIP Perinatal pueden recibir una tarjeta de regalo al completar una visita prenatal. Tras la confirmación de la primera visita prenatal durante el primer trimestre (90 días), las miembros deben avisarnos que están embarazadas antes de tener al bebé, ya sea llamándonos por teléfono o enviando el formulario de Notificación de Embarazo (NOP) completo. El conteo de las visitas prenatales comienza después de que se nos notifique el embarazo. Para ganar la recompensa de la primera visita, esta debe realizarse dentro del primer trimestre (90 días) o dentro de los 42 días posteriores a la inscripción en El Paso Health en el caso de las nuevas miembros.
Una tarjeta de regalo de $50 para miembros que reciban una visita de posparto entre 7 y 84 días después del parto.	Las miembros embarazadas de CHIP Perinatal pueden recibir tarjetas de regalo al completar su visita posnatal, una vez que se confirme dicha visita. Las miembros deben avisarnos que están embarazadas antes de tener al bebé, ya sea llamándonos por teléfono o enviando el formulario de Notificación de Embarazo (NOP) completo. La visita médica posparto debe realizarse entre los 7 y 84 días después del parto.
Una tarjeta de regalo de $25 para miembros embarazadas que reciban la vacuna contra la gripe durante el embarazo.	Las miembros embarazadas de CHIP Perinatal pueden recibir una tarjeta de regalo por aplicarse la vacuna contra la gripe (flu) durante el embarazo. Las

		miembros deben avisarnos que están embarazadas antes de tener al bebé, ya sea llamándonos por teléfono o enviando el formulario de Notificación de Embarazo (NOP) completo. Para ganar la recompensa, la vacuna contra la gripe debe recibirse durante el embarazo y mientras esté inscrita en El Paso Health.
	Una tarjeta de regalo de $25 para artículos relacionados con comida saludable para miembros de CHIP Perinatal de 19 a 65 años que completen cuatro servicios de asesoría nutricional/planificación de comidas.	Disponible únicamente para miembros embarazadas de CHIP Perinatal de 19 a 65 años de edad.
	Monitor de presión para miembros embarazadas diagnosticadas con hipertensión o preeclampsia o dentro de las 8 semanas posteriores al parto.	Limitado a miembros de CHIP Perinatal diagnosticadas con hipertensión o preeclampsia durante el embarazo, o hasta 8 semanas después del parto. Un dispositivo por embarazo.
Visitas en el hogar	Una evaluación de visita domiciliaria para personas inscritas en el Manejo de Casos para embarazos de alto riesgo para identificar y coordinar las necesidades de apoyo, con previa solicitud.	Limitado a miembros embarazadas y en etapa de posparto inscritas en el Programa de Manejo de Casos para embarazos de alto riesgo.
Programas de regalo	Una tarjeta de regalo de $15 para miembros de 16 a 24 años que se hagan un examen de riesgos recomendado por su doctor primario (PCP) o ginecólogo/obstetra (OB/GYN). Límite de una por año.	Limitado a miembros de CHIP y CHIP Perinatal de 16 a 24 años de edad. Deben realizarse una prueba de detección de clamidia. Límite de una por año.

¿CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS BENEFICIOS ADICIONALES PARA MI HIJO(A) QUE ESTA POR NACER?

Siempre que tenga una pregunta acerca de sus servicios del cuidado de la salud, llame al Departamento de Servicios al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778,** entre 8 a.m. a 5 p.m., Tiempo de la Montaña. Un representante de El Paso Health siempre estará dispuesto a ayudarle.

¿QUÉ TIPOS DE CLASES OFRECE EL PLAN DE SALUD DE EL PASO HEALTH EN MATERIA DE EDUCACIÓN EN LA SALUD?

Las clases de educación para la salud son gratuitas. Nuestras clases de educación para la salud están preparadas conscientemente para lograr el bienestar de su familia. Si su hijo(a) padece de asma o diabetes, nuestro instructor inscribirá a su hijo(a) cordialmente a una de nuestras clases. Para más información acerca de nuestras clases de educación para la salud, favor de llamar a Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**

ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA LAS EMBARAZADAS QUE SON MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

¿QUÉ SIGNIFICAN LOS SERVICIOS MÉDICAMENTE NECESARIOS?

Los servicios cubiertos para miembros de CHIP, miembros recién nacidos de CHIP Perinatal y miembros de CHIP Perinatal tienen que ajustarse a la definición de "médicamente necesario" de CHIP. Un miembro de CHIP Perinatal es un niño por nacer.

***Médicamente necesario* significa:**

1. Servicios de atención médica que:
    a. son razonables y se necesitan para evitar enfermedades o padecimientos médicos, detectar a tiempo enfermedades, hacer intervenciones o tratar padecimientos médicos que provocan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitación de alguna función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, provocan enfermedad o ponen en riesgo la vida del miembro;
    b. se prestan en instalaciones adecuadas y al nivel de atención adecuado para el tratamiento del padecimiento médico del miembro;
    c. cumplen con las pautas y normas de calidad de atención médica aprobadas por organizaciones profesionales de atención médica o por departamentos del gobierno;
    d. son consecuentes con el diagnóstico del miembro;
    e. son lo menos invasivos o restrictivos posible para permitir un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficacia;
    f. no son experimentales ni de estudio; y
    g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor; y

2. Servicios de salud mental:
    a. son razonables y necesarios para diagnosticar o tratar los problemas de salud mental o de abuso de sustancias, o para mejorar o mantener el funcionamiento o para evitar que los problemas de salud mental empeoren;
    b. cumplen con las pautas y normas clínicas aceptadas en el campo de la salud mental;
    c. se prestan en el lugar más adecuado y menos restrictivo donde se puedan brindar los servicios sin ningún riesgo;
    d. se prestan al nivel más adecuado de servicios que puedan prestarse sin riesgos;
    e. no se pueden negar sin verse afectada negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
    f. no son experimentales ni de estudio; y
    g. no son principalmente para la conveniencia del miembro o proveedor.

¿QUÉ SIGNIFICA ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA?

La atención médica de rutina implica una revisión normal por parte de su doctor y la aplicación de un tratamiento cuando usted se encuentra enferma. Durante estas consultas, su doctor le puede dar recetas para medicamentos y enviarlo a un doctor especialista en caso de que sea necesario.

Es importate que usted haga lo que su doctor le indique y que usted se involucre en las decisiones acerca del cuidado de su salud. Si usted no puede hacer una decisión acerca del cuidado de su salud, usted puede escoger a alguien más para que las haga en lugar de usted.

Cuando usted necesite acudir a su doctor, llame al número de teléfono de su doctor que se encuentra en la tarjeta de identificación de El Paso Health del programa CHIP Perinatal. Una persona en el consultorio de su doctor le programará una cita. Es de suma importancia que usted mantenga su cita. Llame temprano para programar una consulta y vuelva a llamar si necesita hacer una cancelación. Si más de un miembro de su familia necesita ver al doctor, usted deberá hacer una cita por cada uno.

Su doctor está disponible las 24 horas del día ya sea en persona o por teléfono. Si su doctor no está disponible, él/ella se encargará para que otro doctor le pueda atender, incluyendo fines de semana y días festivos.

Cuando usted necesite acudir a su doctor, llame con anticipación y programe una cita.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido por el doctor?

El médico de atención primaria atenderá a su hijo(a) dentro de 2 semanas. Si su hijo(a) padece de una condición que necesita atención médica el mismo día, el doctor de su hijo(a) se encargará de la situación. Favor de ser puntuales a las consultas. Si necesita cancelar una cita, favor de llamar al consultorio del doctor lo antes posible.

¿QUÉ SIGNIFICA CUIDADO DE URGENCIA?

El cuidado de urgencia implica el tratamiento de un problema médico que no es de emergencia pero requiere de atención el mismo día.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido por el doctor?

El doctor lo atenderá en menos de 24 horas (por lo regular el mismo día). Si usted padece de un problema pero no es una emergencia, llame a su doctor. Algunas de las razones por las cuales usted debe de llamar a su doctor:

- Usted necesita más medicamentos
- Usted tiene una erupción en la piel que no mejora
- Usted está resfriado
- Usted tiene gripa
- Usted tiene puntos de sutura que tienen que ser retirados
- Usted padece dolor en la espalda

¿QUÉ SIGNIFICA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA?

PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL

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

Un miembro de CHIP Perinatal se define como un niño que está por nacer. La atención de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto del bebe hasta el nacimiento.

Se proporciona atención de emergencia para las siguientes condiciones médicas de emergencia:

- Examen médico para determinar la emergencia cuando está directamente relacionado con él bebe cubierto;
- Servicios de estabilización relacionados con el parto del bebe cubierto;
- Servicio de emergencia cuando está en riesgo el parto de él bebe por nacer y cubre el transporte terrestre, aéreo y de agua.
- Una emergencia asociada con (a) aborto espontáneo o (b) un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico o feto que expiró en el útero) es un beneficio cubierto que cubre el transporte terrestre, aéreo y de agua.

Límites de beneficios: Los servicios posteriores a la entrega o complicaciones que resulten en la necesidad de servicios de emergencia para la madre del CHIP Perinate no son un beneficio cubierto.

¿Qué son servicios de emergencia o atención de emergencia?

"Servicios de emergencia" o **"Atención de emergencia"** son servicios cubiertos de paciente interno y externo que brinda un proveedor certificado para prestar esos servicios y que se necesitan para valorar o estabilizar un padecimiento médico, entre ellos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el nacimiento del bebé.

¿Qué tan pronto puedo ser atendido por el doctor?

En una situación de vida o muerte, vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano o llame al **911** para pedir una ambulancia. Los doctores de la sala de emergencia sabrán manejar una verdadera emergencia inmediatamente. Ellos continuarán dándole el tratamiento hasta que el paciente se halle fuera de peligro.

¿Cómo obtengo atención médica después de que el consultorio de mi proveedor de atención primaria esté cerrado?

Su doctor está disponible 24 horas al día ya sea en persona o por teléfono. Si su doctor no está disponible, él o ella hará arreglos para que otro doctor esté disponible. Esto incluye fines de semana y días festivos. Si usted necesita hablar con su doctor primario, usted todavía puede comunicarse con él/ella aun después de horas. El servicio de contestador estará listo para atender sus dudas o preocupaciones y se asegurará que un doctor se comunique con usted dentro de 30 minutos. Recuerde que el número de su doctor primario se encuentra en su tarjeta de identificación.

¿QUÉ HAGO SI ME ENFERMO CUANDO ESTOY FUERA DE LA CIUDAD O DE VIAJE?

Si necesita atención médica cuando está de viaje, llámenos gratis al **1-877-532-3778** y le ayudaremos a encontrar a un doctor.

Si necesita servicios de emergencia cuando está de viaje, vaya a un hospital cercano, luego llámenos gratis al **1-877-532-3778.**

¿Qué hago si estoy fuera del estado?

El área de servicio que El Paso Health cubre solamente incluye el condado de El Paso. Cuando usted no está en este condado, o el estado de Texas, usted se encuentra fuera del área de servicio.

Su tarjeta de identificación tiene el número de El Paso Health que usted o el hospital donde usted se encuentra pueden llamar si acaso tienen preguntas sobre la cobertura.

¿Qué hago si estoy fuera del país?

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

¿QUÉ SIGNIFICA UNA REFERENCIA MÉDICA?

Su doctor le dará una forma para que se la lleve al doctor especialista. A esta forma se le llama "referencia médica".

¿Cuáles servicios no requieren de una referencia médica?

Usted no necesita una referencia médica para los servicios de elección libre.

A estos tipos de servicios se les llama servicios de "elección libre":

- los servicios de obstetricia y ginecología (doctores para la salud de la mujer)

¿QUÉ OCURRE SI NECESITO DE SERVICIOS QUE NO CUENTAN CON COBERTURA BAJO EL PROGRAMA CHIP PERINATAL?

Las promotoras de El Paso Health le asistirán en conseguir ayuda dentro de su comunidad tales como organizaciones religiosas o clínicas comunitarias. Llame al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778.**

¿CÓMO OBTENGO MIS MEDICAMENTOS?

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor del bebé por nacer dice que usted necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez pida el medicamento recetado por usted.

No hay copagos obligatorios para los miembros de CHIP Perinatal.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia que esté dentro de la red?

El programa de CHIP de El Paso Health le proporcionará una lista de todas las farmacias dentro de la red.

¿Qué pasa si voy a una farmacia que no está dentro de la red?

Por favor llame al programa CHIP de El Paso Health para que le ayuden a encontrar una farmacia dentro de la red. Usted pudiera ser responsable del precio comercial de los medicamentos, si la farmacia a donde acude se encuentra fuera de la red.

¿Qué debo llevar cuando vaya a la farmacia?

Usted debe llevar su tarjeta de Identificación del programa CHIP del plan de El Paso Health.

¿Qué pasa si necesito que me entreguen las medicinas a domicilio?

Los miembros de El Paso Health del programa CHIP Perinatal pueden pedir que les envíen sus medicamentos a domicilio en lugar de surtir las recetas en una farmacia local.

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

Llame al programa CHIP de El Paso Health al **1-877-532-3778.**

¿Qué pasa si no me aprueban la receta que el doctor pidió?

Si no se puede localizar al doctor para que apruebe un medicamento recetado, es posible que le den un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento o el de su hijo.

Llame al programa CHIP de El Paso Health al **1-877-532-3778** para para que le ayuden a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si pierdo mi(s) medicamento(s)?

Favor de llamar a El Paso Health al **1-877-532-3778.** Llame a El Paso Health para recibir ayuda con sus recetas y reabastecimientos.

¿Qué hago si yo necesito o mi hijo necesita un medicamento sin receta?

La farmacia no puede darle un medicamento sin receta como parte de sus beneficios de CHIP o los de su hijo. Si usted o su hijo necesitan un medicamento sin receta, tendrá que pagar por él.

¿PUEDE ALGUIEN INTERPRETAR POR MI CUANDO HABLE CON EL DOCTOR?

El Paso Health puede proveerle servicio de traducción a miembros que hablan otro idioma aparte del inglés.

¿A quién llamo para pedir asistencia de un intérprete?

Llame al departamento de servicio al cliente al **915-532-3378** o al **1-877-532-3778.** Haremos arreglos para que un intérprete le ayude durante su cita.

¿COMO PUEDO OBTENER UN INTERPRETE CARA A CARA EN LA OFICINA DEL PROVEEDOR?

El Paso Health puede conseguir que un intérprete esté presente con usted en el consultorio del médico.

¿Con cuánto tiempo de antelación debo llamar?

Para este servicio, llame a la línea de servicio al miembro con al menos 24 horas de anticipación al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778.**

También tenemos intérpretes que conocen el lenguaje de señas para ayudar con las visitas al médico. Háganos saber al menos dos días antes de la visita de su hijo si necesita este servicio. El personal telefónico de El Paso Health habla inglés y español. También podemos enviarle información por correo en otros idiomas. Si necesita ayuda para escuchar, El Paso Health tiene una línea TTY. Para TTY, marque **711.**

¿CÓMO ELEGIR A UN PROVEEDOR PERINATAL?

El Paso Health tiene una lista de doctores especializados dentro de nuestra red limitada de donde usted puede escoger, incluye al Centro Medico Universitario, Clinicas del Centro Medico Universitario, y Texas Tech. Cuando usted necesite acudir al doctor, llame al consultorio del doctor con anticipación y haga una cita, así usted no tendrá que esperar tanto. Probablemente, su consulta será dentro de 2 semanas.

El Paso Health no brindará cobertura a ningún proveedor que no sea parte de la red del programa CHIP Perinatal.

¿Necesito una referencia médica?

Usted no necesita una referencia de su médico de atención primaria para este servicio.

¿Qué tan pronto puedo ser atendida al hacer una cita con el proveedor perinatal?

Cuando usted necesite acudir al doctor, llame al consultorio del doctor con anticipación y haga una cita, así usted no tendrá que esperar tanto.

Cuando usted llame, esté listo para decirle a la recepcionista acerca de su problema de salud o si tiene alguna pregunta.

Es de suma importancia de que usted sea puntual en sus citas. Si usted necesita cancelar una cita con su doctor, favor de llamar al consultorio del doctor lo antes posible.

Si usted padece de un problema médico que requiere de atención ese mismo día, favor de llamar a su doctor inmediatamente. Su doctor le dirá que hacer.

Siempre lleve con usted la tarjeta de identificación de El Paso Health a sus consultas. En el consultorio del doctor se le pedirá que demuestre que cuenta con cobertura bajo su plan de salud. Muéstreles su tarjeta de identificación de El Paso Health.

¿Puedo permanecer con un proveedor perinatal aun cuando no esté en El Paso Health?

Usted tendrá que escoger a un doctor que sea parte de El Paso Health. Si usted tenía por lo menos seis meses de embarazo cuando se inscribió a El Paso Health, usted podrá permanecer con el doctor que la está atendiendo. Sin embargo, usted tendrá que ponerse en contacto con una enfermera de administración de casos **915-532-3778** si se encuentra en El Paso o **1-877-532-3778.**

¿QUÉ HAGO SI RECIBO UN COBRO POR PARTE DEL DOCTOR?

Si recibe un cobro por parte del doctor, usted debe llamar a El Paso Health al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778** si está llamando fuera del área de servicio. Un representante de Servicio al Cliente con gusto le ayudara.

¿Qué información necesitarán?

Tenga a la mano su tarjeta de identificación de El Paso Health y la factura.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI CAMBIO DE DOMICILIO?

En cuanto tenga su direccion nueva, dejele saber a la oficina de beneficios local de la HHSC llama al **2-1-1** o actualizando su cuenta en **YourTexasBenefits.com.** Tambien comuniquese con el Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health llamando al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778.** Antes de recibir servicios de Medicaid en su nueva área, usted tiene que llamar a El Paso Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Usted continuará recibiendo atención por medio de El Paso Health hasta que HHSC le cambie su nueva dirección.

¿QUÉ HAGO SI ESTOY DEMASIADO ENFERMO PARA PODER TOMAR DECISIONES SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA?

A veces las personas están demasiado enfermas para poder tomar decisiones sobre su atención médica. Si esto sucede, ¿cómo sabrá el doctor lo que usted desea? Puede preparar una **Directiva Anticipada.** Una directiva anticipada es una carta que le informa a la gente sobre lo que usted desea que pase si se enferma gravemente. Un tipo de directiva anticipada es un **Testamento Vital.** Un testamento le dice a su doctor que hacer si usted está demasiado enfermo para poderle informar. El otro tipo es un **Poder Perdurable.** Un poder perdurable le permite que un amigo o familiar (a quien usted escoja) tomar decisiones por usted. La directiva anticipada que usted formule entra en vigor cuando usted enferma gravemente. Esta será válida hasta que usted la cambie o la cancele.

El Congreso ha aprobado una ley que protege su derecho de tomar decisiones sobre la atención médica si se enferma gravemente. Una directiva anticipada le informa a su doctor sobre su futura atención médica.

Una directiva anticipada le puede ayudar mucho a usted, a su familia y a su doctor. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico. Puede proteger este derecho aún si se enferma mentalmente. También puede proteger este derecho si físicamente no puede tomar decisiones sobre su atención médica. La directiva beneficia a sus familiares porque no tienen que decidir sobre su tratamiento cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones médicas. Le ayuda a su doctor a marcar las pautas acerca de su cuidado médico.

Hay dos tipos de Directivas Anticipadas:

1. **Testamento Vital:** Le permite informarle al doctor sobre su futura atención médica en caso de que usted se enferme y no pueda tomar sus propias decisiones. El doctor tiene que seguir las instrucciones que usted ha escrito sobre la atención médica que él le debe proporcionar. Éste entra en vigor solamente si usted no es capaz de tomar sus propias decisiones.
2. **Poder Perdurable:** Usted puede nombrar a otra persona para que tome decisiones por usted si llega a estar incapacitado para tomar las decisiones por sí mismo. Esta persona puede empezar a tomar decisiones por usted cuando usted sea incapaz de tomar sus propias decisiones médicas debido a cualquier enfermedad o lesión (no solamente las que ponen en peligro la vida).

Es buena idea llenar ambos documentos. Como paciente, usted tiene ciertos derechos. Por ejemplo:

- Tiene el derecho a la confidencialidad de sus expedientes médicos e información médica.
- Tiene el derecho de estar informado antes de dar su consentimiento. Su doctor tiene que decirle sobre las ventajas y desventajas de algún procedimiento, tratamiento o alguna examen.
- Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento.
- Tiene el derecho de saber sobre su estado de salud, los posibles tratamientos y las probabilidades de mostrar mejoría.
- En la mayoría de los casos, el doctor le explicará las directivas anticipadas y sus derechos como paciente.

He aquí algunos ejemplos de cuando se usa una directiva anticipada:

- Daño cerebral irreversible
- Estado de coma permanente o cualquier otro estado de inconsciencia
- Enfermedad terminal

La directiva anticipada también puede limitar las cosas que le ayudan a prolongar la vida. La directiva anticipada le informará al doctor si debe aplicarle dichos servicios si usted tiene pocas probabilidades de mejorar.

Algunos ejemplos de cosas que ayudan a prolongar la vida son:

- Reanimación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés). Se usa para que la persona recupere la respiración o el latido del corazón.
- Terapia intravenosa (IV por sus siglas en inglés). Se usa para dar alimento y agua al cuerpo si usted no puede comer ni beber.

- Alimentación con sonda. Estas sondas se introducen por la nariz o la garganta para darle alimentos si usted no puede comer.
- Respirador. Son máquinas que le ayudan a respirar si no puede respirar por su propia cuenta.
- Diálisis. Es una máquina que limpia la sangre si los riñones no funcionan.
- Medicamentos. Son medicinas que se usarían para mantenerlo con vida.
- Restricciones. Se usan para evitar que usted se haga daño.

Las directivas anticipadas están vigentes hasta que se cancelan. Informe al doctor si quiere cambiar las decisiones respecto a la atención médica o si quiere cancelar la directiva anticipada.

Si no cancela la directiva anticipada, el doctor seguirá sus indicaciones.

Una vez que usted le entregue la directiva anticipada al doctor, él tiene que asegurarse de que sea legal antes de que pueda ejercerla. La ley dicta que el paciente que "llena los requisitos" es alguien que tiene un diagnóstico, certificado por escrito de dos doctores que confirman que usted tiene una enfermedad terminal. Uno de estos doctores tiene que ser su Médico de Atención Primaria. El Médico de Atención Primaria tiene que examinarlo personalmente antes de que usted sea considerado una persona con una enfermedad terminal.

Otra información:

- Una enfermedad terminal es cualquier enfermedad que no se puede curar.
- El doctor que siga las instrucciones de la directiva anticipada está protegido de cualquier demanda, a menos de que actúe de mala intención.
- La directiva anticipada no se pone en práctica hasta que dos doctores determinen que usted está en estado terminal y que la única forma de mantenerlo con vida son con procedimientos asistidos.
- La declaración del doctor que dice que usted tiene una enfermedad terminal tiene que estar en su expediente médico.
- Los procedimientos para mantener la vida son aquellos medios mecánicos o artificiales que mantienen a una persona con vida. Esto no incluye el medicamento o los métodos que se usan para hacerlo sentir más cómodo o para disminuir el dolor.
- La directiva anticipada no es válida si usted está embarazada en el momento en que se debe llevar a cabo. Por ejemplo, su directiva anticipada no se ejercerá si usted está embarazada y sufre un accidente que la incapacita para tomar sus propias decisiones médicas.
- Si el doctor sigue la directiva anticipada, y usted le dice que no quiere los métodos para prolongar la vida, no se considera eutanasia o "muerte compasiva". La directiva anticipada es un documento legal aceptado por la ley de Texas que le permite al doctor dar o no dar tratamiento médico dependiendo de lo que usted le diga que haga.

Puede llamar al teléfono de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778** para obtener una forma de directiva anticipada.

El Poder Perdurable para la atención médica es un documento legal importante. Es muy importante que usted entienda lo que dice antes de firmar el Poder Perdurable para la atención médica.

A menos que usted especifique lo contrario, este documento le da toda la autoridad de tomar decisiones médicas a la persona que usted escoja sin importarle sus propias creencias religiosas o morales. La persona que usted escoge se llama su representante. El representante tiene autoridad sobre toda decisión médica que se tome por usted mientras usted esté incapacitado para tomarlas por sí mismo.

- Su representante tiene la autoridad de tomar decisiones médicas por usted cuando su doctor declare que está incapacitado para tomarlas por sí mismo.
- El representante tiene que seguir sus instrucciones y tomar las decisiones que usted quiere.
- Su representante está autorizado para tomar cualquier decisión sobre la cual usted no escribió nada en particular.
- Usted debe hablar del documento con su médico antes de firmarlo.
- La persona que usted escoja como su representante debe ser alguien que conozca y en quien confíe. La persona debe ser mayor de 18 años. Si usted escoge a su doctor, a un empleado de la agencia de servicios de salud a domicilio o a un empleado de servicios médicos para adultos mayores, dicha persona tiene que escoger entre ser su proveedor de atención médica o su representante. Su representante y su proveedor de atención médica no pueden ser la misma persona.
- Usted debe informar a su representante que lo ha escogido a el/ella como su representante.
- Usted puede tomar decisiones médicas por sí mismo, aún después de haber firmado el documento, hasta que ya no esté físicamente apto para tomas las decisiones.
- Usted puede cancelar la autoridad de su representante en cualquier momento comunicándole su decisión al representante o al doctor o firmando un nuevo poder perdurable para la atención médica.
- El poder perdurable para la atención médica se cancela al divorciarse, si ha escogido a su cónyuge como representante.
- Usted no puede hacer cambios al poder perdurable para la atención médica. Si quiere cambiar una parte, tiene que firmar otro.
- Usted tiene el derecho de escoger a otro representante para tomar las decisiones por usted si algo le sucede al primer representante.
- Usted tiene que firmar el documento ante dos o más testigos mayores de 18 años.
- Las siguientes personas no pueden ser testigos:
  1. La persona que escogió como representante;
  2. Su doctor;
  3. Un empleado del doctor;
  4. Un empleado del las instalaciones donde vive;
  5. Su cónyuge;
  6. Sus familiares o beneficiarios nombrados en su testamento o escrituras; o
  7. Sus acreedores o las personas que tengan alguna demanda en su contra.

La persona que usted escoja no puede tomar las decisiones médicas por usted respecto a los servicios de la salud mental como paciente interno voluntario, tratamiento convulsivo, psicocirugía o aborto.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

DERECHOS DEL MIEMBRO

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

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

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

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

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

¿CUANDO TERMINA MI COBERTURA DEL PROGRAMA CHIP PERINATAL?

La cobertura para las mujeres embarazadas bajo el programa CHIP Perinatal terminará en el último día del mismo mes que nació su bebé. La cobertura para los recién nacidos bajo el programa CHIP Perinatal terminará al final de los 12 meses dependiendo cuando se determinó que era elegible para contar con cobertura.

¿El Estado me enviará algo cuando mi cobertura de CHIP Perinatal termine?

Hacia el final de su cobertura de CHIP Perinatal, el estado le enviará una carta diciéndole que ya no tiene esos beneficios y también le enviará información diciéndole para qué programas califica su hijo(a). Por favor asegúrese de completar y enviar de regreso cualquier forma que reciba por correo.

¿EN QUE CONSISTE EL PROGRAMA DE RENOVACIÓN?

Durante el décimo mes de cobertura, usted va a recibir un paquete de renovación por parte del programa CHIP. Un vez que haya completado la aplicación de renovación y usted sea elegible para el programa CHIP, entonces usted se convertirá en un miembro convencional del programa CHIP. Una vez que usted sea elegible para el programa CHIP, el periodo de 90 días de espera no es aplicable. Los co-pagos y primas si son aplicables una vez que usted ya sea miembro del programa CHIP.

¿MI BEBE SE CONVIERTE EN BENEFICIARIO AL NACER?

Sí, su bebé recibirá los mismos beneficios otorgados bajo el programa convencional CHIP por la duración del periodo de cobertura del programa CHIP Perinatal.

¿PUEDO ESCOGER AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MI BEBE ANTES DE QUE NAZCA?

¿ A quién llamo?

Antes o después del nacimiento de su bebé, llame a El Paso Health, al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778,** para elegir un proveedor de atención primaria para su bebé.

¿Qué información necesitan?

Proporcione a nuestro representante de Servicio al Cliente con el nombre y la dirección del Proveedor de Atención Primaria que haya seleccionado del Directorio de CHIP, Proveedores Perinatales de El Paso Health. Si usted llamo para elegir al proveedor de atención primaria de su bebé antes de que naciera su bebé, usted no necesita volver a llamar. Si no elige un proveedor de atención primaria, se elegirá uno para su bebé. Si más tarde decide que el proveedor de atención primaria que eligió para el bebé no satisface sus necesidades, puede llamar en cualquier momento para elegir uno diferente.

Para cambiar su proveedor de atención primaria, llame a La Línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** si está en El Paso, o al **1-877-532-3778.** Un Representante de Servicio al Cliente le ayudará a realizar el cambio.

Haremos todo lo posible para ayudarle a encontrar un médico adecuado para usted. Nuestro representante de Servicio al Cliente le dejara saber cuándo puede empezar a ver a su nuevo doctor.

EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA?

¿A quién puedo llamar?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos gratis al **1-877-532-3778** para explicarnos el problema. Un Defensor de Servicios para Miembros de El Paso Health puede ayudarle a presentar una queja. Solo llame al **1-877-532-3778.** Por lo general, podemos ayudarle de inmediato o, a más tardar, en unos días. El Paso Health no puede tomar ninguna acción en contra suya si usted decide poner una queja.

SI NO ESTOY SATISFECHO CON EL RESULTADO, ¿CON QUIÉN MÁS PUEDO COMUNICARME?

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, puede quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas llamando gratis al **1-800-252-3439.** Si quiere presentar la queja por escrito, por favor, envíela a:

Texas Department of Insurance
Consumer Protection (III-IA)
P.O. Box 149091
Austin, Texas 78714-9091

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

¿ALGUIEN DE EL PASO HEALTH ME PUEDE AYUDAR A PRESENTAR UNA QUEJA?

Si. Usted nos puede marcar al **915-532-3778** o gratuito al **1-877-532-3778** y una persona de Servicio al Cliente le ayudara.

¿CUÁNTO SE TARDARA PARA QUE MI QUEJA SEA PROCESADA?

Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los (5) cinco días hábiles posteriores a la recepción de su queja. Examinaremos su queja y le enviaremos una resolución dentro de los (30) treinta días calendario posteriores a la recepción de su queja.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS Y LOS MÁRGENES DE TIEMPO PARA PRESENTAR UNA QUEJA?

Su queja será procesada y resuelta dentro de 30 días a partir de que hayamos recibido su queja oral o por escrito el formulario de la queja. En caso de que una queja esté relacionada a una emergencia o a la negación de una hospitalización, el plan de salud debe investigar y resolver la queja de acuerdo con la mediación médica o dental del caso; a más tardar el siguiente día hábil después de haberla recibido. Usted puede presentar una queja formal inmediatamente hablando al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778,** o mandándonos una carta a El Paso Health.

Envié su formulario para presentar una queja a:

El Paso Health
Atencion: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925

¿TENGO DERECHO DE HABLAR CON UN PANEL DE APELACIÓN DE QUEJAS?

Si no esta satisfecho con la resolución de su queja, puede "apelar" solicitando una audiencia con el Panal de Apelación de Quejas (ADQ) interno. El panel de apelación de quejas este compuesto por u número igual de miembros del personal de El Paso Health, médicos u otros proveedores y afiliados. Es posible que un miembro de un panel de apelación de quejas no haya estado involucrado previamente en la decisión impugnada. Completaremos el proceso de apelación a mas tardar treinta (30) días calendario después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.

Un defensor por parte de Servicio al Cliente le ayudará a programar una cita para que se reúna con el jurado de apelaciones o nosotros le podemos mandar un formulario para presentar una queja. Usted también puede solicitar por escrito una junta con el jurado de apelaciones a la dirección:

El Paso Health
Atencion: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925

EL PROCESO DE APELACIÓN PARA UNA RESOLUCIÓN ADVERSA POR PARTE DEL PROGRAMA CHIP

¿QUÉ PODRÍA HACER EN CASO DE QUE EL PASO HEALTH NEGARA O LIMITARA UNA ORDEN DE MI DOCTOR PARA UN SERVICIO MÉDICO O MEDICAMENTO QUE CUENTE CON COBERTURA?

Usted, su proveedor de atención medica o el centro que presto sus servicios, si el diferente de su medico tratante, pueden apelar ante El Paso Health. Deberá apelar dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha en que reciba el aviso de que sus servicios cubiertos fueron denegados o limitados. Si elige a una persona para que actúe en su nombre, deberá informar a El Paso Health por escrito quien será su representante autorizado.

Envié la apelación a:

El Paso Health
Attention: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Drive
El Paso, TX 79925
Tel: 915-532-3778
Toll Free: 877-532-3778
Fax No.: 915-298-7872
Online: http://www.elpasohealth.com

¿CÓMO SE ME NOTIFICARA SI LOS SERVICIOS MÉDICOS HAN SIDO NEGADOS?

Usted recibirá una notificación por escrito acerca de la decisión final de El Paso Health. Está carta incluirá lo siguiente:

- Las razones específicas dentales, médicas, contractuales para la resolución
- Base clínica para la decisión
- La descripción del o la fuente de los criterios que fueron utilizado para hace la determinación
- La especialidad del médico profesional de la salud que ha hecho la determinación
- El aviso del derecho al médico de la parte apelante a buscar una revisión de un especialista
- El aviso de los derechos que tiene la parte que apela a buscar una revisión hecha por una Organización de Revisión Independiente (IRO por sus siglas en inglés) que esté aprobada por el Departamento de Seguros de Texas (TDI por sus siglas en inglés)
- Una copia de la solicitud de formularios IRO
- Procedimientos para hacer una queja ante TDI

¿Cuáles son los márgenes de tiempo para una apelación?

Usted recibirá una carta por parte de El Paso Health dejándole saber que se recibió su queja dentro de cinco (5) días después de haberla recibido. El Paso Health le responderá a su apelación tan pronto como le sea posible, pero no más tarde de 30 días a partir de la fecha que El Paso Health recibe la apelación.

¿Cuándo tengo el derecho de solicitar una apelación?

Usted puede solicitar una apelación si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre sus servicios médicos y medicamentos.

¿Mi petición para presentar una apelación deberá ser por escrito?

No, usted puede presentar su apelación por escrito, o por teléfono, o por fax o por internet a:

El Paso Health
Atencion: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Tel: 915-532-3778
Gratuitamente: 877-532-3778
No de Fax.: 915-298-7872

Si usted presenta una apelación por teléfono, usted recibirá un formulario de apelación de una página. Usted o su representante no tienen que regresar la forma de apelación pero El Paso Health le recomienda que lo haga incluyendo los documentos requeridos para poder proseguir con su apelación.

¿Puede alguien de El Paso Health ayudarme a presentar una apelación?

Sí, en caso necesario, un defensor por parte del Servicio al Cliente le ayudará a llenar el formulario de apelación y le explicará cómo funciona el proceso de apelación. Favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778.**

EL PROCESO AGILIZADO DE APELACIONES POR PARTE DE EL PASO HEALTH

¿QUÉ SIGNIFICA UNA APELACIÓN ACELERADA?

Una apelación acelerada ocurre cuando el plan de salud tiene que tomar rápidamente una decisión debido a su estado de salud, y el proceso normal de apelación podría poner en peligro su vida o salud.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA APELACIÓN ACELERADA?

Usted, su representante asignado a su nombre, su proveedor de registro, y su proveedor de atención médica o el centro que le prestó sus servicios en caso de ser diferente del doctor que se le asigno, pueden solicitar una apelación acelerada. Si desea solicitar la apelación acelerada de forma oral, llame al **915-532-3778** o al número gratuito **1-877-532-3778** y solicite hablar con un defensor de servicios para miembros. Si desea enviar su solicitud por escrito, envíela a:

El Paso Health
Atencion: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Fax No.: 915-298-7872

¿MI PETICIÓN PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN DEBERÁ SER POR ESCRITO?

No, usted puede solicitar una apelación acelerada verbalmente o por escrito. Para presentar su apelación por escrito, mande su solicitud a:

El Paso Health
Atencion: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
Fax No.: 915-298-7872

Usted también puede llamar a El Paso Health al **915-532-3778** o al número gratuito al **1-877-532-3778.**

¿CUÁLES SON LOS MÁRGENES DE TIEMPO PARA UNA APELACIÓN ACELERADA?

El tiempo para la resolución de una apelación acelerada se basa en la inmediatez de la condición médica o dental, procedimiento o tratamiento bajo revisión. La resolución de la apelación no podrá exceder de un (1) día hábil a partir de la fecha en que toda la información necesaria para completar la apelación sea recibida.

Las determinaciones de una apelación acelerada serán proporcionadas por teléfono o transmisión electrónica seguida de una una carta dentro de los siguientes tres (3) días hábiles para corroborar dichas determinaciones; a carta, contendrá:

- Una declaración de las razones dentales, médicas y contractuales específicas para la resolución.
- La base clínica o contractual para la decisión.
- La descripción o la fuente del criterio que fue usado para hace la determinación
- La especialidad del médico u otro proveedor del cuidado de la salud que ha hecho la determinación.
- El aviso de los derechos que tiene la parte que apela a buscar una revisión hecha por una Organización de Revisión Independiente (IRO por sus siglas en inglés) que esté aprobada por el Departamento de Seguros de Texas (TDI por sus siglas en inglés).
- Una copia del formato para solicitar una revisión hecha por IRO.
- Procedimientos a seguir para hacer una queja ante TDI.

¿QUÉ SUCEDE EN CASO DE QUE EL PASO HEALTH NEGARA LA PETICIÓN DE UNA APELACIÓN ACELERADA?

La apelación acelerada se procesara como una apelación estándar y se resolverá en el plazo de treinta (30) días.

Si se le niega la apelación, su proveedor puede solicitar una apelación especializada, que solicita que un tipo específico de proveedor de especialidad revise el caso. El proveedor debe solicitar este tipo de apelación dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que la apelación fue solicitada o denegada. Completaremos la apelación de especialidad y enviaremos nuestra decisión por escrito al miembro o a la persona que actúa en nombre del miembro y al proveedor dentro de los 15 días hábiles después de que se recibió la solicitud de apelación de especialidad.

REVISIÓN ESPECIALIZADA

¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR A PRESENTAR UNA APELACIÓN ACELERADA?

Favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** y nosotros le canalizaremos con un intercesor de miembros.

EL PROCESO DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿QUÉ ES UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE?

Una Organización de Revisión Independiente (IRO por sus siglas en inglés) es una organización independiente certificada por el Departamento de Seguros de Texas (TDI por sus siglas en inglés) para evaluar la necesidad y conveniencia de los servicios de atención médica dados o propuesta de servicios para ser proporcionados al miembro.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA REVISIÓN POR PARTE DEL IRO?

Para solicitar una revisión por parte del IRO, el miembro, representante o persona que actúa en nombre del miembro, y su proveedor de atención médica, o el centro que le prestó sus servicios, si es diferente del doctor que le asigno tienen que llenar el Formulario Federal de Solicitud de Revisión Externa de HHS que El Paso Health le proporcionara junto con la notificación de negación de servicios. Si el formulario no está firmado, el IRO no puede recibir los registros médicos. Envié su formulario completo y firmado a El Paso Health lo más pronto posible a:

Fax: **1-888-866-6190**

Mail: **MAXIMUS Federal Services**
State Appeals East
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534

Online Portal: **externalappeal.com.gov**

Un representante autorizado puede solicitar una revisión externa en su nombre. Usted y su representante autorizado deben completar y firmar un Formulario de Nombramiento de Representante (AOR, por sus datos del Proceso Federal de Revisión Externa de HHS). Puede acceder al formulario visitando: **externalappeal.cms.gov/ferpportal/#/forms** Si tiene preguntas sobre su revisión externa o desea solicitar un Formulario AOR, llame al **1-888-866-6205.**

Usted deberá apelar a través de El Paso Health la negación de un servicio antes de solicitar una revisión por parte del IRO. El Paso Health no requerirá que usted pase por el proceso interno de apelaciones si El Paso Health no cumple con los márgenes de tiempo de la apelación interna o por circunstancias que pongan en peligro su vida.

Usted no será responsable por los costos de la revisión por parte del IRO, El Paso Health pagara por los cargos de la revisión por parte del IRO.

¿CUÁLES SON LOS MÁRGENES DE TIEMPO PARA ESTE PROCESO?

Para una revisión estándar del IRO, usted o alguien que actúe para usted puede solicitar una revisión externa dentro de los cuatro meses de recibir el aviso de denegación.

Para una revisión expedita del IRO, si cree que su situación es urgente, puede solicitar una revisión externa acelerada llamando al **1-888-866-6205** inmediatamente para comenzar el proceso.

MAXIMUS le enviará a usted, o a alguien que actúe por usted una carta de su decisión de revisión final tan pronto como sea posible, pero a más tardar cuarenta y cinco (45) días después de recibir su solicitud de una revisión externa.

Si su hijo está en el hospital o tiene una condición que pone en peligro la vida o la salud de su hijo, usted no tiene que pasar por el proceso regular. Puede solicitar una revisión expedita. MAXIMUS le notificará su decisión por teléfono tan pronto como su condición médica lo requiera, pero no más tarde de setenta y dos (72) horas de recibir la solicitud. MAXIMUS también le enviará una carta con su decisión dentro de las 48 horas de la llamada telefónica.

¿QUIEN PUEDE AYUDARME A LLENAR UNA APELACION?

Por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778** y lo comunicaremos con un intercesor de miembros.

FRAUDE Y ABUSO

¿QUIERE DENUNCIAR MALGASTO, ABUSO O FRAUDE?

Avísenos si cree que un doctor, dentista, farmacéutico, otros proveedores de atención médica o una persona que recibe beneficios está cometiendo una infracción. Cometer una infracción puede incluir malgasto, abuso o fraude, lo cual va contra la ley. Por ejemplo, díganos si cree que alguien:

- Está recibiendo pago por servicios que no se prestaron o no eran necesarios.
- No está diciendo la verdad sobre su padecimiento médico para recibir tratamiento médico.
- Está dejando que otra persona use una tarjeta de identificación de CHIP.
- Está usando la tarjeta de identificación de CHIP de otra persona.
- Está diciendo mentiras sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para recibir beneficios.

Para denunciar malgasto, abuso o fraude, escoja uno de los siguientes:

- Llame a la Línea Directa de la Fiscalía General (OIG) al **1-800-436-6184;**
- Visite **https://oig.hhsc.state.tx.us/** debajo de la caja marcada "I WANT TO," clic "Report Fraud, Waste, or Abuse" para llenar una forma en línea; o
- Denúncielo directamente al plan de salud:

  EL PASO HEALTH
  1145 Westmoreland Dr.
  El Paso, Texas 79925
  1-877-532-3778

Para denunciar el malgasto, abuso o fraude, reúna toda la información posible.

- Al denunciar a un proveedor (un doctor, dentista, terapeuta, etc.) incluya:
  - 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, si lo sabe
  - El tipo de proveedor (doctor, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - El nombre y teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
  - Las fechas de los sucesos
  - Un resumen de lo ocurrido
- Al denunciar a una persona que recibe beneficios, incluya:
  - El nombre de la persona
  - La fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o su número de caso, si los sabe
  - La ciudad donde vive la persona
  - Los detalles específicos sobre el malgasto, abuso o fraude.

EL PASO HEALTH ESTÁ AL PENDIENTE DE USTED
915-532-3778 o 1-877-532-3778

El Paso Health
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

El Paso Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Paso Health no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Paso Health:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - — Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - — Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - — Intérpretes capacitados.
  - — Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con El Paso Health at **1-877-532-3778** (Para TTY, marque **711).**

Si considera que El Paso Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: El Paso Health, 1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925, **1-877-532-3778** (Para TTY, marque **711),** Fax **915-532-2286** o **FileGrievance@elpasohealth.com.** Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, El Paso Health está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,** o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

SPANISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

CHINESE

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).。

KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711). 번으로 전화해 주십시오.

ARABIC

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-532-3778 (رقم هاتف الصم والبكم: (For TTY, dial 711).

URDU

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

TAGALOG–FILIPINO

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-532-3778 (ATS: For TTY, dial 711).

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711.) पर कॉल करें।

PORTUGUESE

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

GUJARATI

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-532-3778 (телетайп: For TTY, dial 711).

JAPANESE

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-532-3778（For TTY, dial 711.）まで、お電話にてご連絡ください。

LAO

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-877-532-3778 (For TTY, dial 711).

NOTAS

El Paso Health

PLANES DE SALUD PARA LOS PASEÑOS. POR LOS PASEÑOS.