



El Paso
Health

PLANES DE SALUD PARA LOS PASEÑOS.
POR LOS PASEÑOS.

Manual del Miembro CHIP

LLAME **915 532-3778**

LLAMADA GRATIS **1 877 532-3778**



TEXAS
Health and Human
Services

Un Buen Plan De Salud Tiene Recompensas Saludables

RECOMPENSAS VALIOSAS*

MIEMBRO DE MEDICAID MIEMBRO DE CHIP

	Los miembros tiene acceso las 24 horas del día y los 7 días de la semana a FIRSTCALL, una línea bilingüe de consejos de salud atendida por enfermeros, farmacéuticos y un director médico de turno.	✓	✓
	Un servicio de transporte gratuito para ayudarle a asistir a las visitas de doctores o a clases de educación para la salud.	✓	✓
	Dos libros gratuitos del programa de alfabetización de EPH para miembros en terapia de habla.	✓	✓
	Las mujeres embarazadas mayores de 21 años pueden recibir hasta \$500 al año para chequeos dentales, radiografías, limpiezas de rutina, empastes y extracciones.	✓	✓
	Miembros de 20 años o menos. Para lentes de contacto y anteojos (lentes y armazones), los miembros recibirán hasta \$125 aparte del beneficio de Medicaid/CHIP.	✓	✓
	Miembros de 21 años o más. Para lentes de contacto y anteojos (lentes y armazones), los miembros reciben hasta \$150 por encima del beneficio de Medicaid, una vez cada 24 meses.	✓	✓
	Un paquete de regalo de \$25, que incluye un botiquín de primeros auxilios y una tarjeta de regalo de Walmart de \$10, para la compra de artículos relacionados con la salud, para los nuevos miembros que llenen la solicitud para este beneficio y la envíen por correo a más tardar 30 días después de inscribirse.	✓	✓
	Los miembros de entre 4 y 18 años pueden recibir sin costo un chequeo físico al año para actividades deportivas.	✓	✓
	Una funda de almohada hipoalérgica para los miembros inscritos en el Programa de Control del Asma.	✓	✓
	“Virtual Connect de El Paso Health” es un servicio que brinda visitas virtuales cara a cara para miembros con determinantes sociales de la salud o afecciones complejas como embarazos de alto riesgo, afecciones conductuales o médicas que requieren intervención especializada.	✓	✓
	Una tarjeta de regalo de \$15 para miembros de 3 a 19 años que se hagan un chequeo médico a tiempo.	✓	✓

RECOMPENSAS VALIOSAS*

MIEMBRO DE MEDICAID MIEMBRO DE CHIP

	Las mujeres embarazadas pueden recibir: <ul style="list-style-type: none"> • Un asiento de seguridad para auto convertible gratuito luego de asistir a una fiesta de regalos para bebés de El Paso Health. • Una fiesta de regalos para bebés de First Steps, que incluye una pañalera, un suministro de pañales y otros artículos para bebé. 	✓	✓
	Tarjetas de regalo por acudir a las consultas prenatales y después de la confirmación de su asistencia a las consultas para: <ul style="list-style-type: none"> • \$25 - Visita prenatal en el primer trimestre o en los 42 días siguientes a la inscripción. • \$20 - Tercera visita prenatal. • \$20 - Sexta visita prenatal. • \$20 - Novena consulta prenatal. • \$20 - Vacuna contra la gripe durante el embarazo. • \$25 - Una consulta posparto a tiempo 21 a 56 7 a 60 días después del parto. 	✓	✓
	Los miembros de Medicaid de 20 años o menos y los miembros de CHIP de 18 años o menos pueden recibir cuatro servicios adicionales de asesoramiento sobre nutrición/obesidad por encima del beneficio de Medicaid / CHIP.	✓	✓
	Una canasta de alimentos gratuita de “EPH Food from the Heart” para los nuevos miembros después de completar una orientación para nuevos miembros con El Paso Health.	✓	✓
	Un “Kit de EPH Stay Safe” gratuito que incluye 2 mascarillas de tela lavables y reutilizables, 2 fundas para mascarillas, 4 mascarillas desechables, guantes, desinfectantes para manos, termómetro, consejos saludables para lavarse las manos y toallitas desinfectantes.	✓	✓
	Se ofrece una tarjeta de regalo de \$20 a los miembros de 21 años o más que reciban un examen de bienestar preventivo anual.	✓	✓
	Una tarjeta de regalo de \$10 para los miembros de hasta 20 años que acudan a tiempo a un chequeo médico de Pasos Sanos de Texas.	✓	✓
	Tarjeta de regalo de \$10 para Walmart para miembros de hasta 20 años de edad que acudan a una visita de seguimiento con el psiquiatra a más tardar 7 días después de estar hospitalizado por un problema de salud mental. Los miembros pueden recibir una de estas tarjetas de regalo al año.	✓	✓
	Has \$35 de descuento por cualquier tarifa de inscripción para deportes, clases de natación, o campamentos en los YWCA's que estén participando; una vez cada 12 meses.	✓	✓

Para preguntas sobre los servicios o médicos: **877-532-3778**

Línea de TTY para personas con discapacidad de la audición o del habla: **855-532-3740**

Ayuda para la salud mental, o problemas con el consumo de drogas o alcohol: **877-377-6184**

Preguntas sobre las recetas médicas o medicamentos: **877-532-3778**

*Recompensas Valiosas son los servicios adicionales de El Paso Health. Pueden aplicarse términos y limitaciones.



El Paso Health

PLANES DE SALUD PARA LOS PASEÑOS. POR LOS PASEÑOS.

www.elpasohealth.com

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Acerca de los Servicios Médicos Administrados.....	1
Números telefónicos importantes	1
Tarjeta de identificación de El Paso Health.....	3

MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

¿Qué necesito llevar a la cita con el doctor de mi hijo(a)?	4
¿Qué significa un Médico de Atención Primaria?.....	4
¿Una clínica puede ser el Médico de Atención Primaria de mi hijo(a)?	4
¿Cómo puedo cambiar a mi Médico de Atención Primaria y al de mi hijo(a)?	5
¿Cuántas veces puedo cambiar mi proveedor de cuidado primario o el de mi hijo?	5
¿Cuándo entraría en vigor un cambio en el Médico de Atención Primaria?	5
¿Un Médico de Atención Primaria puede transferir a mi hijo(a) a otro Médico de Atención Primaria por incumplimiento?	6
¿Qué ocurre si elijo a otro doctor que no sea el Médico de Atención Primaria de mi hijo(a)?.....	6
¿Cómo recibo atención médica cuando el consultorio de mi médico de atención primaria está cerrado?	6
¡No vaya a la sala de emergencias si no es necesario!	7

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD

8

CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD

¿Qué hago si quiero cambiar de plan de salud?	8
---	---

INSCRIPCIÓN SIMULTÁNEA DE MIEMBROS DE FAMILIA EN EL PROGRAMA CHIP Y CHIP PERINATAL, Y COBERTURA DE MEDICAID PARA CIERTOS RECIÉN NACIDOS

9

LOS BENEFICIOS PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP

¿Cuales son los beneficios de mi hijo(a) por parte del programa CHIP?	10
¿Cuáles beneficios no cuentan con cobertura?	25
Equipo Medico Durable/Suministros del Programa CHIP	26
¿Cuáles son los beneficios para mis medicamentos recetados?	32
¿Cómo puedo obtener estos servicios?	
¿Cómo puedo obtener estos servicios para mi hijo?	32
¿Qué significan los co-pagos? ¿De cuánta cantidad son los co-pagos y cuándo son aplicables?	33
¿Cuáles los beneficios adicionales que recibe un miembro de El Paso Health?.....	34



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

EPHM4052109SPN

CHIP *Children's Health Insurance Program*
EL PASO HEALTH

SERVICIO AL CLIENTE:
915-532-3778 o al **1-877-532-3778**
si está fuera del área telefónica.



Transporte	36
¿Qué tipo de clases ofrece el plan de salud de El Paso Health en materia de educación en la salud?.....	36

**ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS
PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP Y
MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

¿Qué significa la atención médica de rutina?	37
¿Qué tan pronto puedo ser atendido/que tan pronto puedo ser atendido?.....	37
¿Qué significa cuidado de urgencia y que tan pronto puedo ser atendido?	38

**PARA MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP Y
MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL**

¿Qué son una emergencia, un padecimiento médico de emergencia y un padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia?	39
¿Que son servicios de emergencia o atención de emergencia?.....	39
¿Que significa servicio de atención de emergencia?	39
¿Qué sucede si me enfermo mientras me encuentro fuera de la ciudad o viajando/que sucede si mi hijo(a) se enferma cuando el(ella) se encuentra fuera de la ciudad o viajando?.....	40
¿Qué sucede si yo o mi hijo(a) nos encontramos fuera del estado?	40
¿Qué sucede si yo o mi hijo(a) nos encontramos fuera del país?	41
¿Qué significa el término médicamente necesario?	41
¿Qué significa una referencia médica?	42
¿Cuáles servicios no requieren de una recomendación médica?	42
¿Cómo puedo pedir una segunda opinión médica?.....	42
¿Qué tengo que hacer para que me surtan mis recetas o las de mi hijo?.....	42
¿Qué ocurre si mi hijo(a) tiene que ser atendido por un doctor especialista?	43
¿Qué tan pronto puedo ser atendido por un especialista?	
¿Qué tan pronto puede ser mi hijo(a) ser atendido por un especialista?	44
¿Cómo solicito la autorización para la atención médica especializada de mi hijo(a)?.....	44
¿Cómo puedo obtener ayuda si mi hijo(a) tiene problemas de salud mental o con las drogas?	45
¿Cómo puedo obtener servicios médicos de la vista para mi/para mi hijo(a)?	45
¿Qué es el Programa de Intervención Temprana (ECI, por sus siglas en inglés)?	45
¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?	46
¿Qué hago si mi hijo necesita servicios dentales de emergencia?	46
¿Qué es la posestabilización?	46
¿Puede alguien estar presente para interpretar cuando yo hable con él doctor de mi hijo(a)?	46
¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio médico?	47
¿Qué ocurre si yo o mi hija necesitamos cuidados de obstetricia y ginecología?	47
¿Qué ocurre si estoy embarazada o si mi hija está embarazada?	48
¿Qué tan pronto podemos conseguir mi hija o yo una cita con el doctor gineco-obstetra después de haberlo contactado?.....	48
¿A quién le necesito hablar si mi hijo(a) requiere de cuidados especiales y necesito alguien que me ayude?	48
¿Qué pasa si recibo un cobro por parte de mi doctor o el doctor de me hijo(a)?	49
¿Qué tengo que hacer si me mudo?.....	49



¿Qué hago si estoy demasiado enfermo para poder tomar decisiones sobre mi atención médica? 49

¿Qué tengo que hacer si necesito ayuda para completar mi solicitud de renovación?..... 52

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades? 54

EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

¿Qué hago si tengo una queja? 56

Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿con quién más puedo comunicarme? 56

¿Alguien de El Paso Health me puede ayudar a presentar una queja?..... 56

¿Cuánto se tardara para que mi queja sea procesada?..... 57

¿Cuáles son los requisitos y los márgenes de tiempo para presentar una queja? 57

¿Tengo derecho de hablar con un Panel de Apelación de Quejas? 57

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

¿Qué podría hacer en caso de que el plan de salud de El Paso Health negara o limitara una orden de mi doctor para un servicio médico o medicamento que cuente con cobertura? 59

¿Cómo se me notificará si los servicios médicos han sido negados? 59

¿Cuales son los márgenes de tiempo para una apelacion?..... 60

¿Cuándo tengo el derecho de solicitar una apelación?..... 60

¿Mi petición para presentar una apelación deberá ser por escrito? 60

¿Alguien de El Paso Health me puede ayudar a presentar una apelación? 60

EL PROCESO AGILIZADO DE APELACIONES POR PARTE DE EL PASO HEALTH

¿Qué significa una apelación acelerada?..... 61

¿Cómo puedo solicitar una apelación agilizada? 61

¿Mi petición para presentar una apelación deberá ser por escrito? 61

¿Cuáles son los márgenes de tiempo para una apelación agilizada?..... 61

¿Qué sucede en caso de que El Paso Health negara la petición de una apelación acelerada? 62

¿Quién me puede ayudar a presentar una apelación especializada? 62

¿Cuáles son los márgenes de tiempo para el proceso de apelación de especialidad?..... 62

EL PROCESO DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE

¿Qué es una Organización de Revisión Independiente? 63

¿Cómo puedo solicitar una revisión por parte del IRO?..... 63

¿Cuáles son los márgenes de tiempo para este proceso? 64

¿Quién me puede ayudar a presentar un IRO?..... 64

FRAUDE Y ABUSO

¿Quiere denunciar malgasto, abuso o fraude?..... 65

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN..... 66



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 compañías, 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 7 A.M. to 5 P.M. Mountain Time, Monday thru Friday. Our toll free TTY phone number for the hearing impaired is **1-855-532-3740**. 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 7 A.M. a 5 P.M. horario de la montaña, de lunes a viernes. Nuestro número de teléfono TTY gratuito para personas con discapacidad auditiva es **1-855-532-3740**. 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.

v

CHIP

Children's Health Insurance Program
EL PASO HEALTH

SERVICIO AL CLIENTE:
915-532-3778 o al **1-877-532-3778**
si está fuera del área telefónica.



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 pagar 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.

Medicamento 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 física 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.



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

Servicios de rehabilitación y dispositivos – Servicios de atención médica como terapia física 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 osteopática) 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.



INTRODUCCIÓN

¡GRACIAS POR ESCOGER A EL PASO HEALTH!

El Paso Health se alegra en darle la bienvenida a usted a nuestra familia del programa CHIP. Su hijo(a) recibirá los beneficios que cuentan con cobertura médica y los servicios de doctores, hospitales y otros proveedores 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 programa CHIP. 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

El programa CHIP de El Paso Health es un programa que consiste en servicios médicos administrados. Los servicios médicos administrados le permite escoger al Médico de Atención Primaria de su hijo(a). Este 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 o Médico de Atención Primaria". 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 asegurará de que su hijo(a) reciba los cuidados médicos que el/ella necesite. 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

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 atención es de 7:00 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.

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 Salud Mental

El Paso Health también cuenta con servicios de salud mental y adiciones. Si usted necesita ayuda ó tiene alguna emergencia, por favor llame a nuestra línea directa de crisis, las 24 horas del día/7 días de la semana, al **1-877-377-6184** ó llame al **911**. Un representante bilingüe capacitado estará disponible para ayudarle. Servicios de interprete también están disponibles.

AVISO ACERCA DEL NÚMERO DE TELÉFONO GRATUITO PARA PRESENTAR UNA QUEJA PARA SOMETER UNA QUEJA ACERCA DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PRIVADO, DE CENTRO TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA QUIMICA, DE SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS O DE DEPENDENCIA QUÍMICA EN UN HOSPITAL GENERAL, LLAME AL: 1-800-832-9623

Su queja será referida a la agencia estatal que regula los hospitales o centros de tratamiento para la dependencia química.

Servicios de Intérprete

Los servicios de intérprete están disponibles por medio de nuestro Departamento de Servicio al Cliente. Favor de llamar al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778** si se encuentra fuera del área telefónica.

Otros Números Telefónicos

Cuidado de la Vista **915-532-3778** o **1-877-532-3778**

CHIP **1-800-647-6558**

Para preguntas acerca de los servicios dentales, llame a:

DentaQuest **1-800-516-0165** / MCNA Dental **1-800-494-6262** /

United HealthCare **1-877-901-7321**

Medicamentos recetados **915-532-3778** o **1-877-532-3778**

Manual para los Miembros

Si necesita ayuda para entender o leer este manual, sólo tiene que hablar a la línea de ayuda de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778**. Este número está disponible las 24 horas del 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 este manual.

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



Línea TDD para personas con Problemas Auditivos

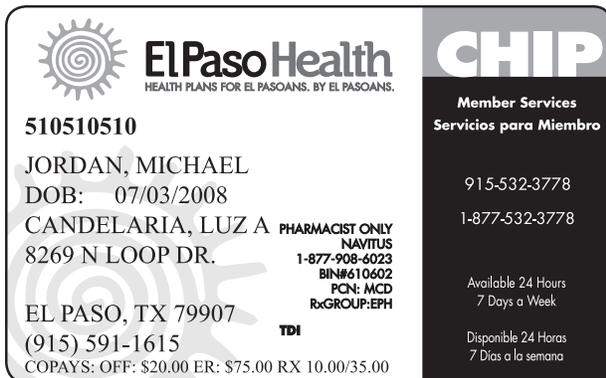
Nuestra línea telefónica para las personas con problemas auditivos TDD es el **1-855-532-3740** o **915-532-3740**.

Transporte

Para obtener transporte para acudir a una cita con el doctor o a una clase de educación sobre la salud, llame a la línea 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 su hijo(a) una tarjeta de identificación como la que se muestra aquí:



HOW TO USE THIS CARD: Always carry your ID card. Go to your primary care doctor for medical care. You need a written referral form from your primary care doctor before you go to a specialty doctor.
MEDICINE: Present this card at drug stores with a prescription from your doctor. Call 1-877-532-3778 if you have questions or problems getting your medicine.
BEHAVIORAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE HOTLINE: Toll Free 1-877-377-6184, 24 hours/7 days a week.
DIRECTIONS FOR WHAT TO DO IN AN EMERGENCY: In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.
NAVITUS HEALTH SOLUTIONS is the pharmacy benefits provider for members of El Paso Health.

CÓMO USAR ESTA TARJETA: Cargue su tarjeta de identificación con usted siempre. Visite a su Proveedor de Cuidado Primario para recibir atención médica. Usted necesita ser referido por su Proveedor de Cuidado Primario antes de que pueda consultar a un especialista.
MEDICINA: Presente esta tarjeta de identificación en la farmacia junto con la receta de su doctor. Llame al 1-877-532-3778 si tiene preguntas o problemas para obtener la medicina.
LÍNEA DIRECTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS: 1-877-377-6184, Disponible 24 Horas/7 Días a la semana.
INSTRUCCIONES EN CASO DE EMERGENCIA: En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible.
NAVITUS HEALTH SOLUTIONS es el proveedor de beneficios de farmacia para miembros de El Plan de Salud de El Paso Health.

Así es como demostrará que su hijo(a) es miembro de El Paso Health. Siempre cargue consigo esta tarjeta en su cartera o bolsa. Esto asegurará que usted la porte en caso de emergencia.

La tarjeta contiene la siguiente información impresa:

- El número de identificación del plan y el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo(a).
- El nombre, el domicilio, y el número de teléfono del doctor de su hijo(a) (Médico de Atención Primaria).
- El número de la línea que está disponible las 24 horas del día 7 días a la semana por parte del Servicio al Cliente de El Paso Health. Usted puede llamar a este número cuando tenga una pregunta o un problema **915-532-3778** o al **1-877-532-3778**.
- El número de teléfono en caso de que haya alguna pregunta acerca de sus beneficios de los medicamentos.
- El número de teléfono al que puede llamar acerca al cuidado de la salud mental y adicciones.
- La fecha en la cual la cobertura de su hijo(a) comienza.
- El número al cual usted puede llamar si usted está experimentando una crisis.

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



MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

¿QUÉ NECESITO LLEVAR A LA CITA CON EL DOCTOR DE MI HIJO(A)?

Cuando su hijo(a) necesite ver al Médico de Atención Primaria, llame a la oficina del Médico de Atención Primaria y haga una cita para su consulta. Al hacer esto, usted no tendrá que esperar tanto para su consulta.

Cuando usted hable, esté listo para informarle a la recepcionista el problema de salud de su hijo(a) o si tiene alguna pregunta.

Es de suma importancia que usted sea puntual a las citas de su hijo(a). Si usted necesita que cancelar una cita con el Médico de Atención Primaria de su hijo(a), favor de llamar con anticipación lo antes posible a la oficina del Médico de Atención Primaria.

Si su hijo(a) padece de un problema médico que necesita atenderse el mismo día, llame al Médico de Atención Primaria inmediatamente. El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) le dirá lo que usted necesita hacer al respecto.

Siempre lleve con usted la tarjeta de identificación de su hijo(a) a las citas con el doctor. En el consultorio del doctor, se le pedirá que demuestre que su hijo(a) cuenta con cobertura médica en el plan de salud. Usted tendrá que mostrar la tarjeta de identificación de su hijo(a).

¿QUÉ SIGNIFICA UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Si, si usted necesita ayuda para escoger una clínica, El Paso Health le puede ayudar. Llame al departamento de Servicios al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** ó al **1-877-532-3778**.

¿UNA CLÍNICA PUEDE SER EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MI HIJO(A)?

Si necesita ayuda en elegir 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 ejemplos son de servicios que su Médico de Atención Primaria le puede brindar a su hijo(a):

- Exámenes médicos que mantendrán a su hijo(a) saludable.
- Vacunas que previenen enfermedades
- Tratamientos para enfermedades comunes
- Coordinar que le realicen exámenes médicos o tratamientos a su hijo(a) cuando sea necesario.
- Coordinar para que un doctor especialista vea a su hijo(a) cuando sea necesario.
- Ayudarle a hacer decisiones sobre el cuidado de salud de su hijo(a), como por ejemplo si su hijo(a) debe de someterse a una cirugía o no.



El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) es a la primera persona que usted debe de contactar cuando su hijo(a) padece de un problema de salud o si usted tiene una pregunta acerca de la salud de su hijo(a). El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) le brindará el cuidado que su hijo(a) necesita o lo canalizará con alguien más que lo pueda ayudar. Si usted después determina que el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) que usted escogió para su hijo(a) no cumple con sus expectativas, usted puede escoger a alguien más.

¿CÓMO PUEDO CAMBIAR A MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y AL DE MI HIJO(A)?

Para cambiar al Médico de Atención Primaria de su hijo(a), llame a la línea de Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**. Un representante de Servicio al Cliente le ayudará a hacer el cambio. Haremos nuestro mejor esfuerzo para ayudarle a encontrar al doctor correcto para su hijo(a).

Nuestro representante de Servicio al Cliente también le dirá cuando su hijo(a) podrá empezar a ver a su nuevo Médico de Atención Primaria.

Favor de no cambiar de Médico de Atención Primaria a uno nuevo sin antes haberle informado a El Paso Health. Si usted no nos notifica que va a llevar a su hijo(a) a un nuevo Médico de Atención Primaria, los servicios tal vez no podrán contar con cobertura médica.

Si el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) decide retirarse de El Paso Health y su hijo(a) está bajo tratamiento, nosotros nos encargaremos para que su hijo(a) siga recibiendo el tratamiento de parte de su Médico de Atención Primaria hasta que el tratamiento termine o usted haya seleccionado a un nuevo Médico de Atención Primaria que esté capacitado para tratar la condición de su hijo(a) y al igual sea aceptable para usted.

¿CUÁNTAS VECES PUEDO CAMBIAR MI PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO O EL DE MI HIJO?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su proveedor de cuidado primario, o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario llamándonos gratis al **1-877-532-3778** ó escribiéndonos a:

EL PASO HEALTH

Member Services / Enrollment
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925

¿CUÁNDO ENTRARÍA EN VIGOR UN CAMBIO EN EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

Si usted llama el día 15 del mes o antes, el cambio entraría en vigor el primer día del mes siguiente. Si usted llama después del día 15 del mes, el cambio entraría en vigor el primer día del segundo mes después de que el cambio se haya efectuado. Por ejemplo:

- Si usted llama el día 15 del abril o antes, el cambio entraría en vigor el primero de mayo.
- Si usted llama después del día 15, el cambio entraría en vigor el primero de junio.



¿Existen razones por las cuales un cambio en el Médico de Atención Primaria pudiera ser negado?

Su petición para cambiar de Médico de Atención Primaria puede ser negado si:

- El Médico de Atención Primaria que usted desea para su hijo(a) ya no admite nuevos pacientes.
- El Médico de Atención Primaria al que se quiere cambiar no es parte de la red de El Paso Health.

¿UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA PUEDE TRANSFERIR A MI HIJO(A) A OTRO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA POR INCUMPLIMIENTO?

Sí. Un proveedor le puede pedir a usted que escoja a otro Médico de Atención Primaria si:

- Usted no acude a las consultas con regularidad y no llama para cancelar sus citas.
- Usted no obedece las recomendaciones médicas por parte del Médico de Atención Primaria.
- Usted y el doctor de su hijo(a) no se llevan bien.

Si su doctor solicita el cambio, usted recibirá una carta por correo. Usted podrá elegir a un Médico de Atención Primaria nuevo para su hijo(a). Si usted no escoge a un Médico de Atención Primaria nuevo, nosotros lo haremos por usted.

Recuerde que para que su hijo(a) reciba el mejor cuidado de salud, el Médico de Atención Primaria necesita estar informado de los datos médicos de su hijo(a). La información médica de su hijo(a) es confidencial. La información médica de su hijo(a) sólo la podrán acceder usted, el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) y otras personas autorizadas. Si usted cambia al Médico de Atención Primaria de su hijo(a), asegúrese de comunicarle al nuevo Médico de Atención Primaria cualquier información importante acerca de la salud de su hijo(a) para que siga recibiendo la mejor atención médica posible.

Favor de no cambiar de Médico de Atención Primaria a uno nuevo sin antes haberle informado a El Paso Health. Si usted no nos notifica que va a llevar a su hijo(a) a un nuevo Médico de Atención Primaria, los servicios tal vez no podrán contar con cobertura médica.

¿QUÉ OCURRE SI ELIJO IR CON OTRO DOCTOR QUE NO SEA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MI HIJO(A)?

Es de suma importancia de que usted permanezca con el mismo doctor. El doctor de su hijo(a) posee los expedientes médicos de su hijo(a) y tiene el conocimiento de cuales medicamentos se están empleando y es la persona que tiene la responsabilidad de asegurarse de que su hijo(a) esté recibiendo una buena atención médica.

Si usted lleva a su hijo(a) a otro doctor que no sea el Médico de Atención Primaria que le fue asignado, el plan de salud de El Paso Health no le pagará al otro doctor y esto le puede ocasionar que le cobren a usted por los gastos de los servicios médicos.

¿CÓMO RECIBO ATENCIÓN MÉDICA CUANDO EL CONSULTORIO DE MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ESTÁ CERRADO?

El doctor de su hijo está disponible las 24 horas del día ya sea en persona o por teléfono. Si el doctor de su hijo(a) no está disponible, él o ella se coordinará con otro doctor para que su hijo(a) pueda ser atendido. Esto también comprende los fines de semana y los días festivos.



Si necesita hablar con el Médico de Atención Primaria de su hijo(a), usted puede contactarlo aún después de las horas normales de trabajo. El servicio de contestadora estará disponible para recibir sus preguntas y un doctor le regresará la llamada en menos de 30 minutos. Recuerde de que el número de teléfono del Médico de Atención Primaria de su hijo(a) se encuentra en la tarjeta de identificación del El Paso Health.

¿Cómo obtengo cuidado después del horario de oficina?

Usted puede visitar una de nuestras clínicas nocturnas. Nuestras clínicas nocturnas operan de 6:00 P.M. a las 12:00 A.M., los siete días de la semana. Usted solo pagará su co-pago. Para más información acerca de nuestras clínicas nocturnas, favor de llamar a Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.

¡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

CENTRAL PEDIATRIC NIGHT CLINIC

7888 Gateway East
El Paso, TX 79915
(915) 593-6444
Abrirá en agosto de 2021

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

NORTHEAST PEDIATRIC NIGHT CLINIC PA

10755 Kenworthy Dr
El Paso, TX 79924
(915) 821-2300
Lun-Sab 6pm-10pm

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



INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE INCENTIVOS PARA DOCTORES

El MCO no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros.

El Paso Health no puede hacer pagos bajo un plan de incentivos para doctores si los pagos están diseñados para persuadir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios Médicamente Necesarios cubiertos para los miembros. Usted tiene el derecho de saber si su proveedor de cuidado primario (doctor de cabecera) de su niño participa en el plan de incentivos para doctores. También tiene el derecho de saber cómo funciona el plan. Puede llamar gratis al **1-877-532-3778** para más información.

CAMBIO EN EL PLAN DE SALUD

¿QUÉ HAGO SI QUIERO CAMBIAR DE PLAN DE SALUD?

Usted puede cambiar de plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de 90 días de inscribirse en CHIP;
- por motivo justificado en cualquier momento;
- si usted se muda a una área de servicio diferente; y
- durante el periodo anual de reinscripción en CHIP.

¿A quién llamo?

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

¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?

No hay límite en el número de veces que puede cambiar su plan de salud.

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

Los cambios toman hasta 45 días para entrar en vigor.

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

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

- Usted permite que alguien más utilice la tarjeta de identificación de su hijo(a) 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 algún cambio en su plan de salud, se le enviará una carta. Si usted decide dejar El Paso Health, usted deberá llamar a CHIP al número sin costo **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 de salud.
- 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 MIEMBROS DE FAMILIA EN LOS PROGRAMAS CHIP Y CHIP PERINATAL Y COBERTURA DE MEDICAID PARA CIERTOS RECIÉN NACIDOS

Los niños recién nacidos inscritos en CHIP permanecerán en el programa de CHIP pero serán inscritos en el plan de salud que le proporciona la cobertura Perinatal de CHIP para su mamá. Copagos, gastos y cuotas de inscripción todavía serán aplicados para los niños inscritos en el Programa CHIP.

Un niño no nacido que está inscrito en el programa CHIP Perinatal será movido a Medicaid por 12 meses de cobertura continua de Medicaid, a partir de la fecha de nacimiento, si el niño vive en una familia con un ingreso igual o por debajo de elegibilidad de Medicaid.

Un niño no nacido continuará recibiendo cobertura a través del programa CHIP como "CHIP Perinatal Newborn" después del nacimiento, si el niño es hijo de una familia con un ingreso superior a la elegibilidad de Medicaid.



LOS BENEFICIOS PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE MI HIJO(A) POR PARTE DEL PROGRAMA CHIP?

El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) junto con El Paso Health le pueden ayudar a recibir estos servicios.

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

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internos generales y servicios hospitalarios para pacientes internos en rehabilitación</p> <p>Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doctor proporcionado por el hospital o servicios médicos • Hospitalización en cuarto semi-privado (o privado si es médicamente necesario) • Cuidados de enfermería general • Enfermería de asignatura especializada cuando es médicamente necesario • Servicio de cuidados intensivos • Alimento para los pacientes y dietas especiales • Sala de operaciones, recuperación y otras salas de tratamiento • Anestesia y la administración de la anestesia (componente técnico de las instituciones) • Vendajes quirúrgicos, charolas, yesos, inmovilizadores • Medicamentos y sustancias biológicas • Sangre y componentes sanguíneos que no son gratuitos y su administración • Rayos X, tomografías, y otros estudios radiológicos (componente médico de las instalaciones) 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización para cuidados que no son de emergencia y cuidados después de la estabilización en una situación de emergencia. • Requiere autorización para los centros de salud dentro o fuera de la red y los servicios del doctor para la mamá y su recién nacido(a) 48 horas después de un nacimiento normal vaginal y 96 horas después de un nacimiento normal por cesárea. 	<p>Se aplican los co-pagos para los pacientes internos.</p>



- Laboratorio y servicios patológicos (componente médico de las instalaciones)
- Equipo para realizar exámenes médicos de diagnóstico (EEGs, EKG, etc.)
- Servicios de oxígeno y terapia de inhalación
- Radiación y quimioterapia
- Acceso a los centros perinatales asignados por DSHS de nivel III u hospitales que tienen la equivalencia del nivel de cuidado
- Centros de salud dentro o fuera de la red para la madre y su recién nacido(a) 48 horas después de un nacimiento normal vaginal y 96 horas después de un nacimiento normal por cesárea
- Hospital, doctor, y servicios médicos relacionados, tales como anestesia relacionada al cuidado dental
- Servicios para pacientes interno relacionados con (a) un aborto o (b) a un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un 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.
- Los servicios de ortodoncia pre-quirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento considerado médicamente necesario en casos de anomalías craneofaciales que requieran de intervención quirúrgica y que tenga un plan de tratamiento detallado para tratar:



- Labio leporino y/o paladar hendido;
- Desviaciones traumáticas severas esqueléticas y/o desviaciones congénitas craneofaciales;
- Asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, condiciones con síndromes congénitos y/o crecimientos de tumores o sus tratamientos.
- Implantes quirúrgicos
- Otros ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos
- Servicios hospitalarios para pacientes internos para una mastectomía y reconstrucción del seno incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción en el seno afectado;
 - cirugía y reconstrucción del otro seno para crear una apariencia simétrica; y
 - el tratamiento de complicaciones físicas a causa de la mastectomía y el tratamiento a causa del edema por obstrucción linfática.
- Dispositivos para implantes tienen cobertura bajo los servicios de pacientes internos y ambulatorios y no cuentan con el periodo límite de 12 meses de DME.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Instalaciones con Enfermería Especializada (Incluyen hospitales de rehabilitación)</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estancia en cuarto semi-privado • Servicios generales de enfermería • Servicios de rehabilitación • Suministros médicos y el uso de aparatos y equipo médico proporcionado por las instalaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de autorización y prescripción médica • 60 días para un periodo límite de 12 meses 	Ninguno



Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Hospitales de consulta externa, Hospitales de rehabilitación de consulta externa, clínica (incluyendo centros de salud) y centros de salud ambulatorios</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a los siguientes servicios brindados en una clínica hospitalaria o una sala de emergencia, una clínica o un centro de salud, un hospital con sólo servicios de emergencia o centro de salud ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rayos X, tomografías, y otros estudios radiológicos (componente técnico)• Servicios de laboratorio y patología (componente técnico)• Equipo para realizar exámenes médicos de diagnóstico• Servicios quirúrgicos ambulatorios• Medicamentos y sustancias biológicas• Vendajes quirúrgicos, yesos, inmovilizadores• Servicios de salud preventivos• Terapia física, ocupacional, y del habla• Diálisis renal• Servicios respiratorios• Radiación y quimioterapia• Sangre y componentes sanguíneos que no son gratuitos y su administración• Instalaciones y servicios médicos relacionados tales como la anestesia aplicada al cuidado dental en instituciones autorizadas para llevar acabo procedimientos quirúrgicos ambulatorios• Servicios para pacientes externos relacionados con (a) un aborto o (b) a un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un feto que murió en el útero).	<ul style="list-style-type: none">• Puede requerir autorización y prescripción médica	<p>Los co-pagos se aplicarán a los medicamentos</p> <p>Los co-pagos no se aplican a los servicios preventivos</p>



- 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.
- Los servicios de ortodoncia prequirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento considerado médicamente necesario en casos de anomalías craneofaciales que requieran de intervención quirúrgica y que tenga un plan de tratamiento detallado para tratar:
 - Labio leporino y/o paladar hendido;
 - Desviaciones traumáticas severas esqueléticas y/o desviaciones congénitas craneofaciales;
 - Asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, condiciones sindrómicas congénitas y/o crecimientos de tumores o sus tratamientos.
- Implantes quirúrgicos
- Otras ayudas artificiales incluyendo implantes quirúrgicos
- Servicios hospitalarios proporcionados por un hospital de medicina externa o centro de salud ambulatorio para una mastectomía y reconstrucción del seno, incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción en el seno afectado;
 - Cirugía y reconstrucción del otro seno para crear una apariencia simétrica; y
 - El tratamiento de complicaciones físicas a causa de la mastectomía y el tratamiento a causa del edema por obstrucción linfática.



- Dispositivos para implantes tienen cobertura bajo los servicios de pacientes internos y ambulatorios y no cuentan con el periodo límite de 12 meses de DME

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Doctor/ Servicios Médicos Profesionales</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Academia Americana de Pediatría recomienda exámenes a niños sanos y servicios de salud preventivos (incluyendo, pero no limitándose a exámenes de la vista y oído y vacunas) • 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, sustancias biológicas y materiales suministrados en el consultorio del doctor • Exámenes de alergias, suero e inyecciones • Componente profesional (paciente interno/externo) de servicios quirúrgicos, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> – Cirujanos y asistentes de cirujanos para procedimientos quirúrgicos, incluyendo cuidados post-quirúrgicos apropiados – Administración de anestesia por el doctor (aparte del cirujano) o enfermero anestesiólogo – Segunda opinión quirúrgica – Cirugía ambulatoria que no requiere hospitalización – Procedimientos invasivos de diagnóstico, tal como la endoscopia 	<p>Puede requerir autorización para servicios especializados consultas. Los co-pagos no se aplican a consultas preventivas o consultas prenatales después de la primera consulta.</p>	<p>Se aplica el nivel del co-pago. Se aplica a</p>



- Servicios de doctor dentro de un hospital (incluyendo componentes técnicos e interpretativos realizados por un doctor)
- Servicios médicos y profesionales para una mastectomía y reconstrucción del seno incluyen:
 - todas las etapas de reconstrucción en el seno afectado;
 - cirugía y reconstrucción en el otro seno para producir una apariencia simétrica y
 - tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía y tratamiento de linfedemas.
- Centro de salud dentro o fuera de la red para la madre y su recién nacido(a) 48 horas después de un nacimiento normal vaginal y 96 horas después de un nacimiento normal por cesárea
- Servicios médicos necesarios para asistir al dentista proporcionar servicios dentales a los miembros del programa CHIP tales como anestesia general o sedación intravenosa.
- Servicios para pacientes externos relacionados con (a) un aborto o (b) a un embarazo no viable (embarazo molar, embarazo ectópico, o un 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.
- Los servicios de ortodoncia pre-quirúrgicos o post-quirúrgicos para el tratamiento considerado médicamente necesario en casos de anomalías craneofaciales que requieran de intervención quirúrgica



y que tenga un plan de tratamiento detallado para tratar:

- Labio leporino y/o paladar hendido;
- Desviaciones traumáticas severas esqueléticas y/o desviaciones congénitas craneofaciales;
- Asimetría facial severa secundaria a defectos esqueléticos, condiciones sindrómicas congénitas y/o crecimientos de tumores o sus tratamientos.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Equipo Médico Durable, Prótesis y Suministros Médicos Desechables</p> <p>Servicios que cuentan con cobertura incluyen Equipo Médico Durable, (equipo que puede resistir el uso repetitivo y es principalmente usado para propósitos médicos, generalmente no es de utilidad a las personas sin una enfermedad, lesión o discapacidad y es para uso casero) incluyendo aparatos y suministros que son médicamente necesarios para una o más actividades de la vida diaria y es apropiada para ayudar en el tratamiento de una condición médica, incluyendo pero no se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos ortopédicos • Dispositivos dentales • Aparatos de prótesis tales como prótesis de ojos, extremidades y aparatos ortopédicos • Prótesis de lentes y lentes de contacto para el manejo de enfermedades oftalmológicas severas • Otras prótesis artificiales incluyendo implantes quirúrgicos • Aparatos auditivos • Dispositivos para implantes tienen cobertura bajo los servicios de pacientes internos y ambulatorios y no cuentan con el periodo límite de 12 meses de DME 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir de una autorización previa y prescripción médica • \$20,000, un periodo límite de 12 meses para equipo médico durable, prótesis, y suministros médicos desechables (suministros y equipo para pacientes con diabetes no entran dentro de este límite) 	Ninguno



- Diagnóstico específico de los suministros médicos desechables, incluyendo fórmula especial recetada de acuerdo al diagnóstico específico y suplementos alimenticios.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicios de la salud a domicilio y comunitarios</p> <p>Los servicios que se proporcionan a domicilio y a la comunidad incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infusión en el hogar • Terapia respiratoria • Visitas de enfermería privada (R.N., L.V.N.) • Visitas de enfermería especializada tal como se define para propósitos de servicios de salud a domicilio (puede incluir R.N., o L.V.N.) • Ayudante para los servicios de cuidado a domicilio que son parte del plan de cuidado durante el periodo que una visita especializada haya sido aprobada. • Terapia del habla, física y ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa y prescripción médica • Los servicios no pretenden sustituir a la persona que cuida del niño(a) o brindarle ayuda a la persona que cuida del niño(a). • Visitas de enfermería especializada se ofrecen en un nivel intermitente y no se pretende ofrecer cuidado especializado de enfermería las 24 horas del día. • Los servicios no pretenden sustituir los servicios de 24 horas de paciente interno o servicios de enfermería especializada en un centro de salud. 	Ninguno

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Los servicios de salud mental para pacientes internos</p> <p>Los servicios de salud mental incluyendo enfermedades mentales serias que son brindados por un hospital psiquiátrico independiente, unidades de psiquiatría de hospitales generales e instituciones médicas estatales, incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes neuropsicológicos y psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa para los servicios que no son de emergencia • No requiere recomendación del Médico de Atención Primaria. • Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internos son ordenados por un tribunal con jurisdicción competente en virtud de lo 	Se aplican los co-pagos para pacientes internos



dispuesto en el capítulo 573 Seguridad de Texas con relación a y 574 del Código de Salud y órdenes judiciales a una institución psiquiátrica. Las órdenes judiciales de la corte representan la existencia de una necesidad médica. Cualquier modificación o término de servicios deberá ser presentada ante de la corte competente para una resolución.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicios de salud mental ambulatorios</p> <p>Los servicios de salud mental, incluyen enfermedades serias, proporcionados ambulatoriamente, no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas se pueden llevar a cabo en una variedad de lugares de la comunidad (incluyendo escuelas, hogares) o instalaciones estatales. • Exámenes neuropsicológicos y psicológicos • Manejo del suministro de medicamentos • Tratamiento de rehabilitación por un día • Centro de tratamiento residencial • Hospitalización parcial tratamiento de un día solamente • Entrenamiento de habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede requerir autorización previa • No requiere recomendación del Médico de Atención Primaria. • Cuando los servicios psiquiátricos ambulatorios, son ordenes de un tribunal con jurisdicción competente en virtud de lo dispuesto en el capítulo 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas con relación a órdenes judiciales a una institución psiquiátrica. Las órdenes judiciales de la corte representan la existencia de una necesidad médica. Cualquier modificación o término de servicios deberá ser presentada ante de la corte competente para una resolución. • Un proveedor capacitado de la salud mental de servicios comunitarios es definido por el Departamento de 	<p>Se aplican los co-pagos de consulta</p>



El Paso Health

HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

Texas de Servicios de la Salud en el Título 25 T.A.C., Parte 1, Capítulo 412 Subcapítulo G, División 1, § 412.303 (48). Los proveedores capacitados de la salud mental de servicios comunitarios deberán trabajar por medio de agencias locales de la salud mental contratadas por el Departamento de Texas de Servicios de la Salud o una entidad independiente contratada por el Departamento de Texas de Servicios de la Salud. Los proveedores capacitados de la salud mental de servicios comunitarios deberán ser supervisados por un profesional de la salud mental con licencia o un doctor y proporcionar servicios de acuerdo con las normas del Departamento de Texas de Servicios de la Salud. Dichos servicios incluyen formación profesional individuales y en grupo (que pueden ser componentes de intervención tales como servicios de tratamiento diario y servicios a domicilio), servicios educativos para pacientes y familiares y servicios en caso de crisis.



Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicio para pacientes internos en el tratamiento de adicciones</p> <p>Tratamiento de adicciones para pacientes internos no se limita a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de tratamiento de adicciones para pacientes internos y residenciales, incluyendo el proceso de desintoxicación y estabilización de crisis y programas de rehabilitación residenciales las 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa para servicios que no son considerados de emergencia • No requiere recomendación del Médico de Atención Primaria. 	<p>Se aplican los co-pagos para pacientes internos</p>

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Los servicios de tratamientos de adicciones para los pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios incluyen, pero no se limitan a los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de prevención e intervención que son proporcionados por un doctor y otros proveedores de la salud, tales como exámenes, valoraciones y recomendaciones por desordenes de dependencias químicas. • Tratamiento intensivo de paciente externo • Hospitalización parcial • Servicios intensivos para pacientes ambulatorios se definen como un servicio organizado no-residencial que ofrece terapias estructuradas de grupo o individual, servicios educativos, y cursos de formación que consisten en por lo menos 10 horas por semana de 4 a 12 semanas pero menos de 24 horas por día. • Servicios de tratamiento para los pacientes ambulatorios se definen en consistir por lo menos de una a dos horas por semana ofreciendo terapias estructuradas de grupo o individual, servicios educativos, y cursos de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere autorización previa • No requiere recomendación del Médico de Atención Primaria. 	<p>Se aplican los co-pagos de consulta</p>



Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicios de Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de habilitación (el proceso de proveer a un niño(a) con los medios para alcanzar metas de desarrollo apropiadas para su edad a través de terapia o tratamiento) y rehabilitación incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Terapia física, ocupacional, y del habla – Valoración del desarrollo 	<p>Requiere autorización previa y prescripción médica</p>	<p>Ninguno</p>

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Los servicios del centro de cuidados paliativos</p> <p>Los servicios incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuidados paliativos incluyendo servicios médicos y de apoyo para aquellos niños(as) que tengan seis meses o menos de vida, para mantener a los pacientes en un estado cómodo durante las semanas o meses antes de morir El tratamiento que no tiene ninguna relación con la condición no se verá afectado 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere autorización y prescripción médica Los servicios aplican al diagnóstico de los cuidados paliativos. Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses. Los pacientes que elijan los servicios de cuidados paliativos pueden cancelar su elección en cualquier momento. 	<p>Ninguno</p>

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
<p>Servicios de emergencia, incluyendo hospitales de emergencia, doctores y servicio de ambulancia</p> <p>El plan de salud de El Paso Health no puede exigir una autorización como condición para un pago para las condiciones de emergencia o de partos. Los servicios que cuentan con cobertura incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios de emergencia basados en la definición de una persona 	<ul style="list-style-type: none"> No requiere de autorización para los servicios post-estabilizadores 	<p>Se aplica a las visitas a la sala de emergencias (sólo las instalaciones)</p>



prudente sobre la condición de salud de emergencia

- Sala de emergencias, servicios auxiliares, y de doctor las 24 horas del día 7 días a la semana de proveedores dentro y fuera de la red
- Exámenes médicos
- Servicios de estabilización
- Acceso a centros de traumatología o hospitales de nivel 1 y 2 designados por la DSHS que equivalgan al nivel de cuidado de emergencia
- Transporte de emergencia terrestre, aire, y marítima.
- Servicios dentales de emergencia, sólo en casos de mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático en los dientes, y extirpación de quistes.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
Transplantes	• Requiere autorización	Ninguno

Los servicios bajo cobertura incluyen:

- Utilizando los lineamientos actualizados del Departamento de Control de los Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) todos los transplantes de órganos humanos y de tejido no experimentales y todos los tipos de transplante no experimentales de cornea, médula ósea, y células madres periféricas, incluyendo los gastos médicos del donante.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
Los beneficios de los servicios de la vista	El plan de salud de El Paso Health puede razonablemente reducir el costo de armazón/lentes. • Puede requerir autorización para lentes de protección o de poli-carbonato en el caso de que sean médica-	Se aplica como una consulta para realizar un examen refractivo

Los servicios incluyen:

- Un examen de la vista cada 12 meses para determinar la necesidad de una prescripción para lentes correctivos sin autorización



- Un par de lentes (no prótesis) por un periodo de 12 meses
- mente necesarios como parte del plan de tratamiento para las enfermedades de los ojos

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
--------------------------------------	---------------	----------

Servicios Quiroprácticos

Los servicios que cuentan con cobertura no requieren de prescripción médica y se limitan a las luxaciones vertebrales

- Requiere autorización para 12 visitas en un periodo límite de 12 meses (sin importar el número de servicios o modalidades ofrecidos en una sola visita)
- Requiere autorización para visitas adicionales

Se aplica co-pago como consulta al quiropráctico.

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
--------------------------------------	---------------	----------

Programas para dejar de fumar

Tiene cobertura de hasta \$100 por un periodo límite de 12 meses en un programa aprobado por El Paso Health.

- Puede requerir autorización
- El plan de salud de El Paso Health selecciona los programas
- Puede estar sujeto a requisitos de formulario

Ninguno

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
--------------------------------------	---------------	----------

Servicios de Centros para Labor de Parto

Cubre servicios de labor de parto proporcionados por un centro de labor de parto certificado.

Limitado a los servicios del centro (labor de parto)

Ninguno

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
--------------------------------------	---------------	----------

Servicios proporcionados por una Enfermera Partera Certificada o doctor en un centro para labor de parto certificado.

Cubre servicios prenatales, labor de parto y servicios de post parto en un centro de labor de parto certificado.

Ninguno

Beneficios que cuentan con cobertura	Restricciones	Co-pagos
--------------------------------------	---------------	----------

Servicios Profesionales de Doctor

Co-pago aplicable para la visita.



¿CUÁLES BENEFICIOS NO CUENTAN CON COBERTURA?

Exclusiones de servicios por parte del programa CHIP

- Tratamientos de infertilidad o servicios para el sistema reproductivo para paciente interno y externo, que no sea cuidado prenatal, servicios de parto, y cuidados relacionados a enfermedades o anomalías del sistema reproductivo.
- Artículos para el confort personal, incluyendo pero no limitados 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 de una enfermedad o lesión.
- 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 a cabo en un hospital o una institución de enfermería especializada.
- Aparatos mecánicos para el trasplante 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 a menos que sea pre-autorizado por el plan de salud.
- Exámenes de la próstata y mamografías.
- Cirugía electiva para corregir la vista.
- Abortos optativos.
- 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 Paso Health a excepción de cuidados de emergencia y servicios de médicos para una madre y su recién nacido(a) por lo menos 48 horas después de un parto normal vaginal y 96 después de un parto normal por cesárea.
- Servicios, suministros, sustitutos o suplementos alimenticios para el control de peso o para el tratamiento de obesidad a excepción de los servicios relacionados con el tratamiento patológico de obesidad como parte de un plan de tratamiento aprobado por El Paso Health.
- Servicios de acupuntura, naturismo e hipnoterapia.
- Aplicación de vacunas solamente para viajar al extranjero.
- Cuidado rutinario de los pies como el cuidado higiénico.
- 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).
- Medicamentos anticonceptivos recetados solamente con el propósito de cuidado de salud primaria y reproductiva (por ejemplo: no se pueden recetar para planificación familiar).
- Servicios o procedimientos experimentales o de investigación, procedimientos de cirugía o servicios que no son usados o reconocidos por la comunidad médica. Esta exclusión es una determinación adverse y se puede revisar por una Organización Independiente de Revisión.
- Medicamentos recetados para perder o ganar peso.



- Medicamentos que no necesitan receta médica.
- El reemplazo o reparación de aparatos de prótesis y equipo médico durable debido al mal uso o a la pérdida de los aparatos y es confirmado por el miembro o el vendedor.
- 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. Este tipo de cuidados no requiere la continua supervisión de un personal médico especializado). Esta exclusión no se aplica a cuidados paliativos.
- Servicio de limpieza.
- Servicios de instalaciones públicas y condiciones de cuidado que la ley federal, estatal, o local exige que sean ofrecidas mientras la gente se encuentra bajo la custodia de autoridades legales.
- Servicios o suministros recibidos de parte de una enfermera(o) que no requiere el entrenamiento especializado de una enfermera(o).
- Entrenamiento y terapia de la vista.
- Reembolso de terapia física escolar, terapia ocupacional, o servicios de terapia del habla no cuentan con cobertura, excepto cuando es ordenado por un doctor/Médico de Atención Primaria.
- Gastos no-médicos del donante.
- Gastos incurridos como donante de un órgano cuando el beneficiario no cuenta con cobertura bajo del El Paso Health.

EQUIPO MÉDICO DURABLE/SUMINISTROS DEL PROGRAMA CHIP

SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Vendaje ACE		X	Excepción: Cuenta con cobertura si fue proporcionado y facturado por una clínica o una agencia de cuidado doméstico.
Alcohol		X	Suministro que no requiere receta médica.
Torundas con alcohol	X		Suministro que no requiere receta médica no cuenta con (diabético) cobertura al menos que la receta haya sido proporcionada a la hora de surtir la receta.
Torundas con alcohol	X		Cuentan con cobertura sólo en casos de terapias que utilicen sueros o suministros o kits de catéteres centrales.
Epinefrina	X		Un kit de auto inyección utilizado por pacientes altamente alérgicos a los piquetes de abeja.



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Cabestrillo para el brazo	X		Otorgado como parte de la consulta.
Pañales	X		La cobertura se limita a los niños de 4 años o mayores solamente cuando el doctor lo receta y es parte de los cuidados sobre los diagnósticos que cuentan con cobertura y está trazado en el plan de tratamiento.
Vendajes		X	
Termómetro basal		X	Suministro que no requiere receta médica.
Baterías – iniciales	X		Cuentan con cobertura bajo los artículos de los equipos médicos durables.
Baterías – repuestos	X		Cuentan con cobertura bajo los artículos de los equipos médicos durables cuando el repuesto es necesario debido al uso normal.
Betadine		X	<i>Ver suministros para terapia intravenosa.</i>
Libros		X	
Clinitest	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Bolsas de colostomía			<i>Ver suministros para un estoma.</i>
Aparatos de comunicación		X	
Gel anticonceptivo		X	Suministro que no requiere receta médica. Los anticonceptivos no cuentan con cobertura en el plan.
Molde para el cráneo		X	
Dispositivos dentales	X		La cobertura se limita a los dispositivos dentales utilizados para el tratamiento de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica.
Suministros para	X		Monitor calibrado, jeringas para la insulina, agujas, lanceta, la diabetes dispositivo para punzar, y tiras de glucosa.



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Pañales/Calzoncillos	X		La cobertura se limita a los niños de 4 años o mayores para la incontinencia/solamente cuando el doctor lo receta y es parte de toallitas Chux los cuidados sobre los diagnósticos que cuentan con cobertura y está trazado en el plan de tratamiento.
Diafragma		X	Los anticonceptivos no cuentan con cobertura en el plan.
Diastix	X		Para el monitoreo de la diabetes.
Dieta especial		X	
Agua destilada		X	
Suministros para vendaje/Catéter central	X		Jeringas, agujas, Tegaderm, torundas con alcohol, torundas con Betadine o pomada, tape. La mayoría de las veces estos artículos se dispensan en un kit que cuenta con los artículos necesarios para el cambio de vendaje.
Suministros para vendaje/Decúbito	X		Elegible para contar con cobertura solamente si recibe tratamiento para las heridas a domicilio.
Suministros para vendaje/Terapia periférica	X		Elegible para contar con cobertura solamente si recibe intravenosa terapia intravenosa a domicilio.
Otros suministros		X	
Mascarilla para el polvo		X	
Molde auricular	X		Hecho a la medida, cirugía en el oído interno y oído medio.
Electrodos	X		Elegible para que tenga cobertura si es utilizado con un equipo médico durable que cuente con cobertura.
Suministros para un enema		X	Suministro que no requiere receta médica.
Suministros para alimentación enteral	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, bolsas, sondas, conectores, catéteres, etc.) son elegibles para que cuenten con cobertura. Los productos para la alimentación enteral no cuentan con cobertura salvo aquellos que han sido recetados



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
			por trastornos metabólicos hereditarios o enfermedades de las estructuras que normalmente permiten a la comida llegar al intestino delgado, o mala absorción debido a una enfermedad.
Parches para los ojos	X		Cuenta con cobertura para los pacientes que padecen de ambliopía.
Fórmula		X	<p>Excepción: Elegible para contar con cobertura si padece solamente de trastornos metabólicos hereditarios o enfermedades de las estructuras que normalmente permiten a la comida llegar al intestino delgado o mala absorción debido a una enfermedad (previsto que tenga una duración de más de 60 días y haya sido ordenado por un doctor y autorizado por el plan de salud.) La justificación de parte del doctor debido a la receta de la fórmula debe de incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de un trastorno metabólico, una disfagia que resulta en una necesidad médica de una dieta líquida, la presencia de una gastrotomía, o una enfermedad que resulta de una mala absorción y es médicamente necesario un producto nutricional. <p>No incluye fórmula:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los miembros que pueden subsistir a una alimentación de acuerdo a su edad. • Usualmente se utiliza para alimentar a los niños(as) • En forma de pudín (excepto para clientes con una disfunción motora orofaríngea que ingieren más del 50 por ciento de este producto como su consumo calórico diario) • Para el diagnóstico inicial de un mal desarrollo, la incapacidad para aumentar de peso, falta de crecimiento, para niños(as) menores de doce meses de edad o al menos que la necesidad médica sea documentada y se cumplan otras normas previamente mencionadas. <p>Engrosadores de alimentos, alimento para bebe, y otros productos que pueden ser licuados y administrados por un dispositivo enteral y no son médicamente necesarios, no cuentan con cobertura independientemente si estos productos alimenticios son ingeridos por vía oral o parenteral.</p>



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Guantes		X	Excepción: Vendajes para catéteres centrales o cuidado de heridas proporcionados por una agencia de cuidados a domicilio.
Peróxido de hidrógeno		X	Suministro que no requiere receta médica.
Artículos de higiene		X	
Pañales para	X		La cobertura se limita a los niños de 4 años o mayores la incontinencia solamente cuando el doctor lo receta y es parte de los cuidados sobre los diagnósticos que cuentan con cobertura y está trazado en el plan de tratamiento.
Suministros para la bomba externa de la insulina	X		Los suministros (por ejemplo, sets de infusiones, y vendajes, etc.) son elegibles para contar con jeringas cobertura si la bomba tiene cobertura.
Sets de irrigación para el cuidado de una herida	X		Son elegibles para contar con cobertura cuando son utilizados durante un servicio a domicilio para el cuidado de una herida y que cuente con cobertura.
Sets de irrigación urinarios	X		Son elegibles para contar con cobertura para catéteres urinarios permanentes individuales.
Suministros para terapia intravenosa	X		Sondas, filtros, cinta, tubo para colgar el suero, torundas con alcohol, agujas, jeringas y cualquier otro suministro necesario para llevar a cabo una terapia intravenosa a domicilio.
Gel K-Y		X	Suministro que no requiere receta médica.
Dispositivo para punzar	X		Se limita a un dispositivo únicamente.
Lancetas	X		Disponible para personas que padecen de diabetes.
Expulsor médico	X		
Agujas y jeringas/ Diabético			<i>Ver los suministros para las personas que padecen de diabetes.</i>
Agujas y jeringas/ Suero y Catéter central			<i>Ver terapia intravenosa y suministros para vendajes/Catéter central.</i>



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Agujas y jeringas/ Varios	X		Elegible para contar con cobertura si un medicamento intramuscular o subcutáneo está siendo suministrado en casa.
Solución salina normal			<i>Ver solución salina normal.</i>
Novopen	X		
Suministros para un estoma	X		Los artículos que son elegibles para contar con cobertura son: cinturón, bolsas, oblea, bandeja, inserción, barrera, filtro, empaque, bujía, kit de irrigación, cinta, preparación de la piel, cintas adhesivas, sets para drenar, removedor adhesivo, y desodorante para la bolsas. Los artículos que no son elegibles para contar con cobertura son: tijeras, desodorante para los cuartos, limpiadores, guantes de hule, gasas, cubiertas de bolsas, jabones, y lociones.
Suministros para la alimentación parenteral	X		Los suministros necesarios (por ejemplo, sondas, filtros, conectores, etc.) son elegibles para contar con cobertura cuando el plan de salud de El Paso Health haya autorizado la alimentación parenteral.
Solución salina normal	X		Elegible para contar con cobertura: a) cuando se utiliza para diluir medicamentos con un nebulizador; b) como parte del cuidado de heridas a domicilio; c) para la irrigación del catéter permanente urinario.
Muñon en la manga	X		
Muñon en los calcetines	X		
Catéteres de succión	X		
Jeringas			<i>Ver agujas/jeringas.</i>
Cinta			<i>Ver suministros para vendajes, estomas, y terapia intravenosa.</i>
Suministros para traqueotomía	X		Cánulas, sondas, collares, sostenedores, kits de limpieza, etc., son elegibles para contar con cobertura.



SUMINISTROS	COBERTURA	EXCLUIDOS	COMENTARIOS/MIEMBROS CONTRATO DE PROVISIONES
Toallas absorbentes			<i>Ver pañales/calzoncillos para la incontinencia/toallitas Chux.</i>
Vendas Unna Boot	X		Son elegibles para contar con cobertura cuando son utilizadas en el cuidado de heridas en el hogar. Se cobran cuando son administradas durante una consulta al doctor.
Suministros para un catéter urinario externo		X	Excepción: Cuenta con cobertura cuando es utilizado por un hombre que sufre de incontinencia debido a una lesión en la uretra y evita el uso de un catéter permanente. Tiene que ser ordenado por el Médico de Atención Primaria y ser aprobado por el plan de salud.
Catéter urinario permanente y Suministros	X		El catéter, bolsas de desagüe con sonda, bandeja de inserción, set de irrigación y agua salina en caso necesario cuentan con cobertura.
Cateterización urinaria intermitente	X		Los suministros para la cateterización intermitente o completa cuentan con cobertura.
Kit para el examen de orina	X		Cuando se determina que es médicamente necesario.
Suministros para una urostomía			<i>Ver suministros para un estoma.</i>

¿CUÁLES SON MIS BENEFICIOS PARA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS?

Los co-pagos se aplican a los medicamentos genéricos y de marca.

El Paso Health pagará una parte de las medicinas que le recete su doctor. Su doctor le dará una receta médica para que usted la surta en una farmacia que se encuentre en la red de farmacias de El Paso Health.

Para conocer más acerca de los beneficios de los medicamentos recetados, visite <http://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search.asp> o llame al Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al número sin costo **1-877-532-3778**.

¿CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS SERVICIOS?

¿CÓMO PUEDO OBTENER ESTOS SERVICIOS PARA MI HIJO?

El Médico de Atención Primaria siempre estará disponible para que usted o a su hijo(a) reciba los servicios que requiere. En caso de que su Médico de Atención Primaria no le pudiera asistir, el/ella lo canalizará a usted o a su hijo(a) con un especialista. Usted puede llamar siempre a Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.



¿QUÉ SIGNIFICAN LOS CO-PAGOS? ¿DE CUÁNTA CANTIDAD SON LOS CO-PAGOS Y CUÁNDO SON APLICABLES?

Los co-pagos para servicios médicos o medicamentos recetados se pagan al proveedor de salud al momento del servicio. No hay co-pagos para los miembros de CHIP Perinatal, miembros recién nacidos de CHIP Perinatal, y miembros de CHIP que sean Nativos Americanos o Nativos de Alaska. Además, para miembros de CHIP no hay costos compartidos en beneficios para visitas de exámenes de bienestar para bebés y niños, servicios preventivos, o asistencia relacionada con el embarazo.

La tarjeta de identificación de El Paso Health de su hijo(a) tiene la información acerca de los co-pagos que son aplicables dependiendo de su situación familiar. Favor de presentar la tarjeta de identificación de El Paso Health de su hijo(a) cuando vaya a una consulta con el doctor, cuando reciba un servicio en la sala de emergencia o cuando surta una receta.

Niveles de Pobreza Federal	Consulta	Visita a la Sala de Emergencia Sin Ser Emergencia	Receta de Medicamento Genérico	Receta de Medicamento de Patente (por ingreso)	Co-pago por Instalaciones Paciente Interno	Co-pago Máximo Anual
Nativos Americanos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	Ninguno
101%–150%	\$5	\$5	\$0	\$5	\$35	5% del ingreso familiar
151%–185%	\$20	\$75	\$10	\$35	\$75	5% del ingreso familiar
186%–200%	\$25	\$75	\$10	\$35	\$125	5% del ingreso familiar

Es importante que usted esté al tanto de los gastos que usted realiza dentro del programa CHIP, de esta manera usted sabrá cuando ha llegado al límite de sus gastos. Cuando usted haya llegado al límite de sus gastos anuales, favor de contactar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC por sus siglas en inglés). La HHSC se pondrá en contacto con El Paso Health y nosotros le daremos una tarjeta de identificación nueva. Esta tarjeta nueva mencionará que no se le cobrarán co-pagos cuando su hijo(a) reciba atención médica.

Usted tal vez tendrá que pagar una prima, al menos que usted sea un Nativo Americano o esté en o por debajo del 100% del Índice Nacional de Pobreza. Si usted necesita que pagar una prima, usted recibirá un cobro por parte de la HHSC con la cantidad que necesita pagar. Si usted tiene alguna pregunta acerca de su prima, favor de ponerse en contacto con la HHSC al **1-800-647-6558**.

Si usted recibe un cobro por parte del doctor de su hijo(a), usted debe de llamar a El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**. Un representante de Servicio al Cliente le ayudará cordialmente. Favor de tener su tarjeta de identificación de El Paso Health y su cobro a la mano.



¿CUÁLES BENEFICIOS ADICIONALES RECIBE UN MIEMBRO DE EL PASO HEALTH?

A partir del 1 de septiembre del 2021, los miembros en CHIP de El Paso Health pueden recibir los siguientes servicios adicionales:

Servicios Adicionales	Limitaciones/Restricciones
Un servicio de transporte gratuito para ayudarle a acudir a sus citas médicas o clases de educación sobre la salud.	Ninguno
Los miembros tienen acceso a FIRSTCALL, una línea de ayuda médica bilingüe atendida por enfermeros, farmacéuticos y un director médico de turno las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Ninguno
Un paquete de regalo de \$25 que incluye un botiquín de primeros auxilios y una tarjeta de regalo de \$10 para artículos de salud, para los miembros nuevos que completen la forma de solicitud y la envíen por correo postal en los 30 días después de inscribirse.	Miembros son elegibles para recibir el paquete una vez cada 12 meses.
Una funda de almohada hipo alérgica para los miembros inscritos en el programa de control del asma.	Una vez al año, los miembros serán elegibles para recibir una funda de almohada hipo alérgica cuando inscritos en el programa de control del asma de El Paso Health.
Los miembros de 4 a 18 años pueden recibir una vez al año un examen físico para practicar deportes.	Miembros entre las edades de 4 a 18 años pueden obtener un examen físico para deportes una vez al año.
Una tarjeta de regalo de \$15 para los miembros de 3 a 6 años y de 12 a 19 años que se hagan un chequeo puntualmente.	Solo para miembros de CHIP de El Paso Health. Los miembros de CHIP Perinatal no son elegibles para este beneficio.
Visitas virtuales por administradores de casos para miembros con problemas de salud complejos, incluyendo embarazos de alto riesgo y padecimientos médicos o conductuales que requieran atención especial.	Disponible para miembros con determinantes sociales de salud o condiciones complejas para incluir embarazos de alto riesgo, condiciones conductuales o médicas que requieran intervención especializada.



Reciba hasta \$35 de descuento en el registro de cualquier deporte, natación o campamento en los YMCA's participantes, una vez cada 12 meses.

El costo del deporte, campamento o natación es aplicable una vez cada 12 meses.

Una tarjeta de regalo de \$10 para ir al cine para los miembros de 19 años o menores que acudan a una consulta de seguimiento con el psiquiatra en los 7 días después de salir de un hospital de salud mental. Los miembros pueden recibir una tarjeta de regalo para ir al cine una vez al año.

Para miembros de 19 años o menor que completen una visita de seguimiento con el psiquiatra dentro de 7 días después de salir de un hospital de salud mental. Miembros pueden recibir una tarjeta para el cine por año.

Los miembros de 19 años o menores pueden recibir cuatro servicios adicionales de asesoría nutricional o sobre la obesidad además del beneficio de CHIP.

Solo disponible para miembros de 19 años o menores.

Para lentes de contacto y anteojos (lentes y armazones), los miembros recibirán hasta \$125 aparte del beneficio de CHIP.

Se deben de utilizar proveedores en la red de El Paso Health.

Una canasta de comida gratis para nuevos miembros que participen en una orientación de El Paso Health.

La nueva clase de orientación para miembros debe completarse dentro de los 90 días posteriores a la inscripción para ser elegible para recibir un alimento EPH Food from the Heart. Cada 12 meses, los miembros son elegibles para recibir un alimento EPH Food from the Heart, por hogar.

Un kit gratis que incluye 2 cubre bocas reusables, 4 cubre bocas desechables, guantes desechables, gel anti bacterial, termómetro, toallitas higienizantes, ¡y sugerencias en cuanto a cómo mantenerse saludable y mas!

Los miembros de alto riesgo de EPH deben completar una clase de bienestar dentro de los 90 días de la inscripción para ser elegibles para recibir un kit de EPH Stay Safe. Cada 12 meses los Miembros son elegibles para recibir un kit por hogar.

Dos libros gratis del programa de Alfabetización EPH para miembros en terapia del habla.

Debe estar en terapia del habla para poder recibir los dos libros. Disponible cada 12 meses.



¿Cómo puedo obtener estos servicios?

¿Cómo puedo obtener estos servicios para mi hijo(a)?

Favor de llamar a la línea de ayuda de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** para recibir más información acerca de estos beneficios adicionales.

El Paso Health tratará de ayudarle a usted y a su hijo(a) para que obtengan otros servicios tales como, pero no se limitan a:

- Vivienda
- Empleo
- Entrenamiento de trabajo
- Acceso a una alimentación adecuada
- Acceso a una alimentación accesible
- Acceso a escuelas públicas

Los representantes de Servicio al Cliente trabajan en conjunto con otras personas dentro de El Paso Health y de la comunidad para ayudarles a los miembros a ponerse en contacto con las agencias comunitarias de El Paso. Para más información, favor de llamar a Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**. También puede marcar al **2-1-1**.

TRANSPORTE

El Paso Health cuenta con cobertura para servicios de ambulancia en casos de emergencia para todos los miembros. Los miembros que padecen de una incapacidad severa y su condición requieren de una ambulancia, los servicios también cuentan con cobertura.

Si usted o su hijo(a) necesita ser llevado a la consulta con el doctor, El Paso Health le puede ayudar. Favor de llamar a nuestra línea de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** en cuanto se entere que necesitará transporte para acudir al doctor. Llame con 48 horas de anticipación, El Paso Health le brindará los servicios de transporte por medio de monedas para el camión o transporte contratado. El Paso Health no realiza reembolsos por millaje recorrido.

¿QUÉ TIPO 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 conscientemente preparadas para lograr el bienestar en 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 al Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.



ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS DEL PROGRAMA CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

Los servicios bajo cobertura para miembros del programa CHIP y CHIP Perinatal Recién Nacidos deben de cumplir con los términos de “Medicamente Necesario”.

¿QUÉ SIGNIFICA LA ATENCIÓN MÉDICA DE RUTINA?

La atención médica de rutina implica una revisión normal de parte del Médico de Atención Primaria de su hijo(a) y la aplicación de un tratamiento en caso de que su hijo(a) esté enfermo. Durante estas consultas, el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) puede recetar medicamentos y enviar a su hijo(a) a un doctor especialista en caso de que sea necesario.

Es de suma importancia que usted haga lo que el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) le indique y de que usted se involucre en las decisiones acerca del cuidado de la salud de su hijo(a). Si usted no puede hacer una decisión acerca del cuidado de la salud de su hijo(a), usted puede escoger a alguien más para que las haga en lugar de usted.

Cuando usted necesite acudir al Médico de Atención Primaria de su hijo(a), llame al número de teléfono de su Médico de Atención Primaria de su hijo(a) que se encuentra en la tarjeta de identificación de El Paso Health. Una persona en el consultorio de su Médico de Atención Primaria 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 del programa CHIP Perinatal de su familia necesita ver al doctor, usted deberá hacer una cita por cada uno.

El doctor de su hijo(a) 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 puede atender, incluyendo fines de semana y días festivos.

¿QUÉ TAN PRONTO PUEDO SER ATENDIDO/ QUE TAN PRONTO PUEDE SER ATENDIDO MI HIJO(A)?

El Médico de Atención Primaria de usted o de su hijo(a) le dará una cita dentro de los siguientes 14 días para brindarle servicios de atención médica de rutina.

Cuando usted necesite acudir al Médico de Atención Primaria de su hijo(a), llame con anticipación y programe una cita. Si su hijo(a) padece de una condición que necesita atención médica el mismo día, el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) puede encargarse de esto. Favor de ser puntuales a las consultas. Si necesita cancelar una cita, favor de llamar al consultorio del Médico de Atención Primaria lo antes posible.



¿QUÉ SIGNIFICA CUIDADO DE URGENCIA Y QUE TAN PRONTO PUEDO SER ATENDIDO?

El cuidado de urgencia implica el tratamiento de un problema médico que no es de emergencia pero requiere de atención el mismo día. Si su hijo(a) tiene un problema médico y no es una emergencia, usted deberá de llamar al Médico de Atención Primaria de su hijo(a). Siempre llámelo al Médico de Atención Primaria de su hijo(a) antes de ir a la sala de emergencias o a otro centro de atención primaria. Si el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) piensa que usted debe de acudir a la sala de emergencias, el o ella le dirá que vaya al hospital más cercano. Algunas de las razones por las cuales usted debe de llamar al Médico de Atención Primaria de su hijo(a) son:

- Su hijo(a) necesita más medicamentos
- Su hijo(a) tiene una erupción en la piel que no mejora
- Su hijo(a) está resfriado
- Su hijo(a) tiene gripa
- El yeso de su hijo(a) se quebró
- Los puntos de sutura de su hijo(a) tienen que ser retirados
- Su hijo(a) padece dolor en la espalda

¿Qué tan pronto puedo ser atendido/ Que tan pronto puede ser atendido mi hijo(a)?

Los servicios de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y se le proporcionaran en el hospital más cercano a usted.



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

¿QUÉ SON UNA EMERGENCIA, UN PADECIMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y UN PADECIMIENTO DE SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS DE EMERGENCIA?

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se presta la atención de emergencia para los padecimientos médicos y de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Un “padecimiento médico de emergencia” se caracteriza por síntomas repentinos y agudos de tal severidad (inclusive dolor muy fuerte) que una persona que tenga conocimientos promedio de la salud y la medicina podría deducir de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría tener como resultado lo siguiente:

- poner en grave peligro la salud del miembro;
- ocasionar problemas graves en las funciones corporales;
- ocasionar disfunción grave de cualquier órgano vital o parte del cuerpo;
- sufrir desfiguración grave; o
- en el caso de una mujer embarazada que es miembro de CHIP, poner en grave peligro la salud del miembro de CHIP o del niño por nacer.

“Padecimiento de salud mental o abuso de sustancias de emergencia” significa cualquier padecimiento (sin importar la naturaleza o causa del padecimiento), que, según la opinión de una persona con conocimientos promedio de la salud y la medicina:

- requiera intervención o atención médica inmediata, sin la cual el miembro podría presentar un peligro inmediato para sí mismo o para otras personas; o
- hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o entender las consecuencias de sus acciones.

¿QUE SON SERVICIOS DE EMERGENCIA O ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

“Servicios de emergencia” y “atención de emergencia” significan los servicios de atención médica que se prestan dentro o fuera de la red de los doctores, los proveedores o el personal del departamento de emergencias de un hospital, institución independiente o un centro comparable, para evaluar y estabilizar padecimientos médicos o de salud mental y abuso de sustancias que sean de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen exámenes de detección u otras evaluaciones exigidos por leyes estatales o federales, que sean necesarios para determinar si existe un padecimiento médico, de salud mental o de abuso de sustancias de emergencia.

¿QUE SIGNIFICA SERVICIO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA?

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.

Si usted va a una sala de emergencia cuando tiene una verdadera urgencia, usted debe llamar al doctor de su hijo(a), a su clínica o a El Paso Health al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778**, lo antes posible. Si usted no puede hacer la llamada, un miembro de su familia o un amigo



puede hacerlo. Usted también debe mostrar la tarjeta de identificación de El Paso Health de su hijo(a). Si el hospital más cercano no es un hospital contratado por El Paso Health, su hijo(a) puede ser trasladado a un hospital contratado por El Paso Health una vez que se encuentre lo suficientemente fuerte.

Cuando las personas que no están en serio peligro van a una sala de emergencia, muy probablemente tienen que esperar largo rato para que los atiendan. En la mayoría de los casos, pueden recibir la atención que necesitan más rápido si van al consultorio de su doctor o a una de las Clínicas Nocturnas de El Paso Health. El Paso Health cubre los gastos de todas las visitas a su médico de atención primaria y a nuestras Clínicas Nocturnas. Para más información acerca de nuestras Clínicas Nocturnas, favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o al **1-877-532-3778**. **Recuerde que el tratamiento para una no-emergencia en una sala de emergencia no es un beneficio que cuenta con cobertura.** Solo los tratamientos para las verdaderas emergencias en una sala de emergencia cuentan con cobertura.

Ejemplos de cuando no acudir a la sala de emergencias:

- Dolor de oído
- Dolor de diente o dentición en los bebés
- Erupción en la piel
- Resfríos, tos, dolor de garganta, influenza, o sinusitis
- Quemaduras de sol leve
- Quemaduras de cocina leves
- Dolor de espalda crónico
- Dolor de cabeza leve
- Yeso quebrado
- Puntadas que necesiten ser retiradas
- Reabastecimiento de medicamentos

¿QUÉ SUCEDE SI ME ENFERMO MIENTRAS ME ENCUENTRO FUERA DE LA CIUDAD O VIAJANDO/ QUE SUCEDE SI MI HIJO(A) SE ENFERMA CUANDO SE ENCUENTRA FUERA DE LA CIUDAD O VIAJANDO?

Si usted o su hijo(a) necesita atención médica mientras viaja, llámenos sin costo al **1-877-532-3778** y le ayudaremos a encontrar un doctor.

Si usted o su hijo(a) necesita servicios de emergencia mientras viaja, acuda al hospital mas cercano y luego llámenos sin costo al **1-877-532-3778**.

¿QUÉ SUCEDE SI YO O MI HIJO(A) NOS ENCONTRAMOS FUERA DEL ESTADO?

Si su hijo(a) tiene una emergencia cuando se encuentre fuera del estado de Texas, acuda al hospital mas cercano. Luego llame al médico de atención primaria de su hijo(a) y a El Paso Health lo antes posible. El Paso Health cubrirá los gastos de los cuidados de la sala de emergencia fuera del estado solo cuando se trate de una verdadera urgencia.

¿QUÉ SUCEDE SI YO O MI HIJO(A) NOS ENCONTRAMOS FUERA DEL PAÍS?

Los servicios médicos realizados fuera del país no cuentan con cobertura del programa CHIP.



¿QUÉ SIGNIFICA EL TÉRMINO MÉDICAMENTE NECESARIO?

PARA MIEMBROS DE CHIP

Los servicios cubiertos para los miembros CHIP, CHIP Perinatal de miembros recién nacidos miembros y miembros de CHIP Perinatal deben cumplir con la definición de CHIP de “médicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinatal es un miembro que aún no nace.

Médicamente Necesario significa:

1. Servicios del Cuidado de la Salud que son:
 - a. razonables y necesarios para evitar enfermedades o condiciones médicas o para proporcionar exámenes preventivos, intervenciones, y/o la aplicación de tratamientos para condiciones que causan sufrimiento o dolor, para condiciones que causan deformidades físicas o limitaciones en el funcionamiento, para condiciones que amenazan causar o empeorar una discapacidad, condiciones que causan enfermedades o dolencia, o condiciones que ponen en peligro la vida;
 - b. proporcionados en instalaciones adecuadas y al nivel de cuidado adecuado para el tratamiento de la salud para el miembro del programa;
 - c. consistentes con las pautas de la práctica y normas del cuidado de la salud que son aprobados organizaciones reconocidas en el cuidado de la salud o agencias gubernamentales;
 - d. consistentes con el diagnóstico de la condición;
 - e. no son intrusivos ni restrictivos más de la cuenta para proporcionar un balance adecuado en la seguridad, efectividad, y eficiencia;
 - f. no son con fines de experimento o de investigación; y
 - g. no son ante todo para el beneficio ni para el miembro del programa ni para el proveedor de servicios; y
2. Servicios de salud de comportamiento:
 - a. razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de desordenes de la salud mental o de adicciones para mejorar, mantener, o prevenir el deterioro de los funcionamientos por causa de tal desorden;
 - b. proporcionados de acuerdo a las prácticas y normas reconocidas profesionalmente en el campo del cuidado de la salud mental;
 - c. amueblado en el más adecuado y menos restrictivo en qué servicios pueden proporcionarse con seguridad;
 - d. el nivel más adecuado o el suministro de servicios que pueden ser prestarse;
 - e. no se pueden negar sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro o la calidad de la atención prestada;
 - f. no son con fines de experimento o de investigación; y
 - g. no son ante todo para el beneficio ni para el miembro del programa ni para el proveedor de servicios.

Los servicios que son médicamente necesarios deberán ser proporcionados en el marco más apropiado y menos restrictivo en el cual los servicios se puedan ofrecer con toda la seguridad y deberán ser ofrecidos al mejor nivel. Suministrar los servicios sin ninguna incidencia,



como también anular los servicios sin afectar negativamente la salud física del niño(a) y/o la calidad del cuidado proporcionado.

Los servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos no cuentan con cobertura.

¿QUÉ SIGNIFICA UNA REFERENCIA MÉDICA?

Su Médico de Atención Primaria le dará una forma para que se la lleve al doctor especialista. A esta forma se le llama “referencia médica”. Favor de llevar esta forma cuando acuda a ver al doctor especialista. Usted no necesita una referencia médica para los servicios de elección libre.

¿CUÁLES SERVICIOS NO REQUIEREN DE UNA RECOMENDACIÓN MÉDICA?

A estos tipos de servicios se les llama servicios de “elección libre”. Usted puede disponer de:

- clínicas nocturnas o cuidados de emergencia las 24 horas del día
- los servicios para la salud mental y de adicciones.
- los servicios de obstetricia y ginecología (doctores para la salud de la mujer)
- los servicios de un oculista (examen de la vista rutinario)

¿CÓMO PUEDO PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

Usted tiene derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor. Si necesita asistencia favor de llamarnos al **1-877-532-3778** y le ayudaremos a encontrar un doctor.

¿Necesito una referencia médica para esto?

Usted no necesita una referencia de su médico de atención primaria para contar con estos servicios.

¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA QUE ME SURTAN MIS RECETAS O LAS DE MI HIJO?

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que el doctor dice que necesita. El doctor le dará una receta para llevar a la farmacia o tal vez enviará la receta a la farmacia.

Las exclusiones son, entre otras: medicamentos anticonceptivos recetados solo para propósitos de la prevención de embarazo y medicamentos para aumentar o bajar de peso.

Es posible que tenga que hacer un copago por cada receta surtida, según sus ingresos. No hay copagos obligatorios para los miembros recién nacidos de CHIP Perinatal.

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

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

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

Por favor llame al 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 de El Paso Health.



¿Qué pasa si necesito que me entreguen mis medicinas o los de mi hijo(a) a domicilio?

Llame al Servicio al Cliente de El Paso Health al **1-877-532-3778** para que le ayuden a encontrar una farmacia que entregue medicamentos a domicilio.

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

Si tiene problemas para obtener sus medicamentos, por favor llame al programa CHIP de El Paso Health al **1-877-532-3778** para recibir ayuda.

¿A quién llamo si tengo problemas para conseguir mis medicinas o las de mi hijo(a)?

Si usted tiene problemas para conseguir sus medicamentos, por favor llame a nuestro departamento de Servicio a Clientes al **1-877-532-3778** y un representante del Servicio a Clientes le ayudará.

¿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 a usted o a su hijo un suministro de emergencia para 3 días de su medicamento o el de su hijo.

Llame a El Paso Health al **1-877-532-3378** para que le ayuden a usted o a su hijo a obtener o volver a surtir los medicamentos.

¿Qué pasa si pierdo mis medicamentos?

Favor de llamar a El Paso Health al **1-877-532-3778**.

¿Qué sucede si yo o mi hijo(a) necesitamos una medicina sin receta médica?

La farmacia no le puede dar un medicamento sin receta médica como parte de sus beneficios de CHIP. Si usted o su hijo(a) necesitan un medicamento sin receta, usted tendrá que pagarlo.

¿Qué pasa si yo o mi hija necesitamos pastillas anticonceptivas?

La farmacia no puede darle a usted o a su hija pastillas anticonceptivas para prevenir un embarazo. Usted o su hija solo pueden obtener pastillas anticonceptivas si son parte de un tratamiento para una condición médica.

¿QUÉ OCURRE SI MI HIJO(A) TIENE QUE SER ATENDIDO POR UN DOCTOR ESPECIALISTA?

El Médico de Atención Primaria de su hijo(a) se encargará de que su hijo(a) sea atendido por un doctor especialista cuando exista la necesidad. A esto se le llama referencia médica.

En la mayoría de los casos, su hijo(a) solo tendrá que acudir al Médico de Atención Primaria. Pero si su hijo(a) padece de una condición de salud especial, el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) se encargará para que su hijo(a) sea valorado por otro doctor que cuenta con la especialidad para tratar a su hijo(a). En este caso, el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) le dará una forma que se le llama referencia médica. Ya que tenga la referencia médica en sus manos, usted puede llamar al doctor especialista para programar una cita. Asegúrese de llevar la referencia médica cuando acuda a ver al especialista para que usted pueda entregársela.

Favor de ser puntual a su cita con el especialista. Si usted necesita cancelar una cita, favor de llamar al consultorio del especialista lo antes posible.



¿QUÉ TAN PRONTO PUEDO SER ATENDIDO POR UN ESPECIALISTA? ¿QUÉ TAN PRONTO PUEDE SER MI HIJO(A) SER ATENDIDO POR UN ESPECIALISTA?

El doctor especialista pudiera atenderlo al día siguiente después de que haya programado su cita o en menos de 14 días a más tardar.

Algunos doctores especialistas son:

- Cardiólogos – doctores del corazón
- Dermatólogos – doctores de la piel
- Ginecólogos – doctores que se especializan en la salud de la mujer
- Obstetras – doctores que cuidan de las mujeres embarazadas y atienden partos
- Ortopedistas – doctores de los huesos
- Hematólogos – doctores que tratan problemas de la sangre

La referencia médica tiene validez por cierto número de días. Si el especialista determina que su hijo(a) necesitará más consultas u otra referencia médica, el especialista deberá de contactar al Médico de Atención Primaria de su hijo(a) o a El Paso Health para asegurarse de que el cuidado adicional contará con cobertura.

Su hijo(a) puede obtener ciertos tipos de servicios sin una referencia médica por parte del Médico de Atención Primaria. La siguiente es una lista de proveedores del cuidado de la salud a las que usted puede acudir sin necesidad de una referencia médica. Favor de dirigirse a nuestro directorio de proveedores de El Paso Health para encontrar a un doctor en específico. Usted podrá contactar a estos doctores por su cuenta:

- Un doctor obstetra para la primera consulta de su hija cuando esté embarazada, y
- Servicios preventivos y para el bienestar de los niños.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en hacer una cita, usted puede llamar a Servicios al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.

¿CÓMO SOLICITO LA AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE MI HIJO(A)?

Si es necesaria una autorización para brindar servicios médicos especializados, su doctor deberá de mandar por fax la petición al Departamento de Servicios para la Salud de El Paso Health, para solicitar la autorización antes de que este servicio sea brindado.

Las decisiones con relación a lo que es considerado médicamente necesario y la cobertura de servicios son determinadas en el cumplimiento de los márgenes de tiempo por las pautas establecidas de Medicaid. Estas decisiones no tomarán más de 3 días hábiles después de que el Departamento de Servicios para la Salud haya recibido toda la información necesaria.

Respuestas a peticiones de autorización para servicios fuera de la red de cobertura serán otorgadas dentro de 3 días hábiles después de que el Departamento de Servicios para la Salud haya recibido toda la información necesaria.



¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA SI MI HIJO(A) TIENE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL O CON LAS DROGAS?

Usted puede recibir ayuda para los problemas de la salud mental y de adicciones. Usted también puede acudir a un doctor de la salud mental sin una referencia médica de su Médico de Atención Primaria. El Paso Health conjuntó a un grupo de doctores que brindan estos servicios. Llámenos para poderle ayudar. Nuestro número es **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.

Los servicios para la salud mental son confidenciales. Usted no necesita una referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria para obtener estos servicios. Usted puede llamar a El Paso Health en cualquier momento que necesite:

- ayuda con problemas familiares u otros problemas que están afectando su vida, o
- ayuda con las adicciones a las drogas o alcohol.

El número telefónico gratuito las 24 horas es **1-877-532-3778**. No le contestará una grabadora. Una persona especializada le atenderá y se encargará para que usted reciba tratamiento—no importando la hora del día o de la noche que usted llame.

Algunas veces usted necesitará de ayuda con sus problemas personales o familiares. Si usted tiene un problema y necesita ayuda, favor de llamar a nuestra línea de crisis al **1-877-377-6184** y una persona especializada estará dispuesta a ayudarle.

¿CÓMO PUEDO OBTENER SERVICIOS MÉDICOS DE LA VISTA PARA MI/PARA MI HIJO(A)?

Los servicios médicos de la vista cubren un examen hecho por un médico una vez al año. Usted o su hijo(a) pueden obtener un par de lentes cada año. Para obtener más información sobre exámenes médicos de la vista o de lentes, por favor llame al Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o gratuito al **1-877-532-3778**.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA (ECI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)?

ECI es un programa en todo el estado de Texas para familias con niños, desde nacimiento hasta 3 años de edad, con discapacidades y con retrasos en el desarrollo. ECI apoya a familias para ayudar a sus hijos alcanzar su potencial a través de los servicios de desarrollo.

Servicios de ECI:

- Proceso individualizado de planificación
- Servicios centrados en la familia
- Manejo de casos
- Configuración familiar
- Proveedores profesionales
- Planes para continuar con los servicios

¿Necesito una referencia?

Usted no necesita una referencia de su proveedor de atención primaria.



¿Dónde puedo encontrar un proveedor de ECI?

Para obtener ayuda en localizar los servicios de ECI, por favor llame a ECI al **1-800-628-5115** o busque un proveedor de ECI en el sitio de internet **<https://dmzweb.dars.state.tx.us/prd/citysearch>**

¿CÓMO OBTENGO SERVICIOS DENTALES PARA MI HIJO?

El Paso Health pagará algunos servicios dentales de emergencia en el hospital o centro quirúrgico ambulatorio. El Paso Health pagará los siguientes servicios:

- tratamiento de una mandíbula dislocada
- extracción de quistes
- tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías
- tratamiento y dispositivos para anomalías craneofacial

El Paso Health cubre servicios relacionados con el hospital, el doctor y los servicios médicos para los condiciones anteriores. Esto incluye servicios que el doctor brinda y otros servicios que su hijo podría necesitar, como anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP ofrece cobertura limitada para servicios dentales de emergencia para mandíbula dislocada, golpes en los dientes y la extirpación de quistes; tratamiento dental originado por un absceso en la boca o en las encías; tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales; y medicamentos.

El plan dental de CHIP de su hijo ofrece todos los demás servicios dentales, entre ellos, servicios que previenen las caries y servicios para arreglar los problemas dentales. Llame al plan dental del niño para aprender más sobre los servicios dentales que ofrecen.

¿QUÉ HAGO SI MI HIJO NECESITA SERVICIOS DENTALES DE EMERGENCIA?

Durante las horas normales de operación, llame al dentista primario del niño para saber cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia después de que el consultorio del dentista primario haya cerrado, llámenos al **1-877-532-3778**.

¿QUÉ ES LA POSESTABILIZACIÓN?

Los servicios de atención de posestabilización son servicios cubiertos por CHIP que mantienen al miembro en una condición estable después de recibir atención médica de emergencia.

¿PUEDE ALGUIEN ESTAR PRESENTE PARA INTERPRETAR CUANDO YO HABLE CON EL DOCTOR DE MI HIJO(A)?

El Paso Health brinda servicios de traducción para los miembros que no hablan inglés.

¿A Quién debo llamar para obtener un intérprete?

Llame al Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o gratuito al **1-877-532-3778**. Nosotros haremos los arreglos para un intérprete para ayudarle durante su visita.



¿CÓMO PUEDO OBTENER UN INTÉRPRETE EN PERSONA EN EL CONSULTORIO MÉDICO?

El Paso Health puede brindarle los servicios de un intérprete para que esté presente con usted en el consultorio del doctor.

¿Con cuánto tiempo de anticipación debo llamar?

Para obtener este servicio, favor de llamar a la línea de ayuda de Servicio al Cliente por lo menos 24 horas de anticipación al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.

También contamos con intérpretes que tienen conocimiento en el lenguaje de señas para ayudarle durante las consultas con el doctor. Si necesita de este servicio, háganoslo saber por lo menos dos días antes de la consulta de su hijo(a).

El personal que contesta el teléfono en El Paso Health habla inglés y español. También, le podemos enviar información en otro idioma por correo. Si necesita ayuda para oír, el plan de salud de El Paso Health tiene una línea para las personas con problemas auditivos. Para asistencia, nuestro teléfono de la línea TDD es el **1-855-532-3740** o **915-532-3740**.

¿QUÉ OCURRE SI YO O MI HIJA NECESITA CUIDADOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA?

Usted tiene el derecho de escoger a un doctor gineco-obstetra para usted o su hija sin la referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria o de su hija. Un doctor gineco-obstetra le puede brindar:

- Una revisión para mujer cada año.
- Cuidado relacionado al embarazo.
- Cuidado para cualquier condición médica de la mujer.
- Una referencia médica a un doctor especialista que esté dentro de la red.

El Paso Health le permite a usted y a su hija escoger a un doctor gineco-obstetra pero el doctor deberá estar en la misma red que pertenece el Médico de Atención Primaria de usted y de su hija.

Usted tiene el derecho de escoger a un doctor gineco-obstetra para usted o su hija sin la referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria de su hija. A estos servicios se les llama de "elección libre".

Para escoger un doctor gineco-obstetra para su hija, sólo llame a nuestra línea de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**, e infórmenos cual doctor gineco-obstetra usted quiere escoger para su hija. Recuerde que usted tendrá que escoger a un doctor gineco-obstetra que esté en la lista del directorio del programa CHIP de El Paso Health.

Usted también tiene acceso directo a un doctor gineco-obstetra. No es necesario escoger a un doctor gineco-obstetra como al Médico de Atención Primaria de su hija, pero si su hija se encuentra embarazada, usted deberá escoger a un doctor gineco-obstetra para que se encargue del cuidado de su hija.

Si su hija ya fue vista por un doctor gineco-obstetra que no es parte de la red de El Paso Health, ella podrá continuar atendiéndose con ese doctor gineco-obstetra. No obstante, usted tendrá que llamar a la Enfermera Administradora al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.



¿QUÉ OCURRE SI ESTOY EMBARAZADA O MI HIJA ESTA EMBARAZADA?

Usted tiene el derecho de escoger a un doctor gineco-obstetra para su hija sin la referencia médica por parte de su Médico de Atención Primaria de su hija. Los servicios de un doctor gineco-obstetra incluyen:

- Una revisión para mujer cada año.
- Cuidado relacionado al embarazo.
- Cuidado para cualquier condición médica de la mujer.
- Una referencia médica a un doctor especialista que esté dentro de la red.

Llame al Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** en cuanto sepa que su hija se encuentra embarazada.

¿QUÉ TAN PRONTO PODEMOS CONSEGUIR MI HIJA O YO UNA CITA CON EL DOCTOR GINECO-OBSTETRA DESPUÉS DE HABERLO CONTACTADO?

Usted o su hija podrán conseguir una cita dentro de 14 días de llamar para hacer una cita. Si usted o su hija tienen 7 meses o más de embarazo y son miembros nuevos, usted o su hija podrán conseguir una cita dentro de 5 días o inmediatamente si hay una emergencia médica.

Su hija también puede recibir ayuda de WIC. WIC es un programa para mujeres embarazadas y para madres con hijos(as) menores de cinco años que les proporciona algunos alimentos gratuitos, tales como la leche, cereal, jugo, huevos, y queso. Para solicitar ayuda de WIC, llame al **771-5850** para hacer una cita.

Para más información acerca del programa WIC, llame al **1-800-942-3678** o llame al Departamento de Servicio al Cliente de El Paso Health al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**.

¿Qué otros servicios/actividades/clases ofrece el programa CHIP de El Paso Health a las mujeres embarazadas?

El Paso Health ofrece una tarjeta de regalo para artículos relacionados con la salud para miembros embarazadas que reciban una consulta prenatal y asistan a una clase prenatal.

¿A QUIÉN LE NECESITO HABLAR SI MI HIJO(A) REQUIERE DE CUIDADOS ESPECIALES Y NECESITO ALGUIEN QUE ME AYUDE?

En ciertas ocasiones, el doctor de su hijo(a) u otro profesional del cuidado de la salud puede determinar que su hijo(a) tiene una necesidad especial.

Si el Médico de Atención Primaria de su hijo(a) determina que su hijo(a) requiere de un servicio médico especializado o un equipo médico especial y usted está de acuerdo, El Paso Health se encargará de que su hijo(a) reciba la ayuda que el/ella necesita.

Si su hijo padece de una necesidad especial para el cuidado de la salud, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** para que le puedan ayudar.

Si usted recibe un cobro por parte de su doctor, usted debe de llamar al plan de salud de El Paso Health, al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**. Un representante de Servicio al Cliente le atenderá cordialmente. Favor de tener su tarjeta de identificación de El Paso Health y el cobro a la mano al momento de hablar.



¿QUÉ PASA SI RECIBO UN COBRO POR PARTE DE MI DOCTOR O EL DOCTOR DE MI HIJO(A)?

Si usted recibe un cobro por parte de su doctor, usted debe de llamar al plan de salud de El Paso Health, al **915-532-3778** o **1-877-532-3778**. Un representante de Servicio al Cliente le atenderá cordialmente. Favor de tener su tarjeta de identificación de El Paso Health y el cobro a la mano al momento de hablar.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI ME MUDO?

Tan pronto como usted sepa su nueva dirección, avise a la HHSC llamando al **2-1-1**, actualizando su cuenta en **YourTexasBenefits.com** o llamando al departamento de Servicios para Miembros de El Paso Health al **1-877-532-3378**. Antes de recibir servicios de CHIP en la nueva área de servicio, usted tiene que llamar a El Paso Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención por medio de El Paso Health, hasta que la HHSC cambie su 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 importar 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 tomar 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 de 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.

¿QUÉ TENGO QUE HACER SI NECESITO AYUDA PARA COMPLETAR MI SOLICITUD DE RENOVACIÓN?

Las familias deben renovar su cobertura de Medicaid o CHIP para niños cada año. En los meses antes que la cobertura del niño se venza, HHSC le enviará a la familia un paquete de renovación por correo. El paquete de renovación contiene una aplicación. También incluye una carta pidiendo una actualización sobre los ingresos y las deducciones de costos de la familia. La familia necesita que:

- Revisar la información en la solicitud de renovación.
- Corregir cualquier información que no esté correcta.
- Firmar y poner fecha la solicitud.
- Vea las opciones de planes de salud, si los planes de salud de Medicaid están disponibles.
- Devolver la solicitud de renovación y los comprobantes antes de la fecha de vencimiento.



Una vez que HHSC reciba la solicitud de renovación y los comprobantes, el personal revisará para ver si los niños de la familia todavía califican para el programa actual o si califican para un programa diferente. Si un niño es referido a otro programa (Medicaid o CHIP), HHSC le enviará a la familia una carta informándoles acerca de la referencia y luego revisará a ver si el niño puede recibir beneficios en el otro programa. Si el niño califica, la cobertura en el nuevo programa (Medicaid o CHIP) comienza el mes siguiente al último mes de la cobertura del programa actual. Durante la renovación, la familia puede elegir nuevos planes médicos y dentales llamando al centro de llamadas de CHIP / Medicaid Para Niños al **1-800-964-2777**.

Completando el Proceso de Renovación

Cuando los niños todavía son elegibles para la cobertura de su programa actual (CHIP o Medicaid), HHSC le enviará a la familia una carta que muestra la fecha de inicio para el nuevo período de cobertura. Si los niños son elegibles para CHIP y una cuota de inscripción se debe, la familia debe pagar la cuota de inscripción antes de la fecha de vencimiento o tienen el riesgo de perder la cobertura.

La renovación de CHIP es completa cuando la familia:

- Paga cualquier cuota de inscripción para la fecha de vencimiento.
- Si la familia cambia su plan médico o dental, entonces deben firmar y enviar la Forma de Inscripción / Transferencia a HHSC con el cambio.

Si HHSC recibe y procesa la cuota de inscripción de CHIP antes de la fecha límite del mes 12 de la cobertura actual, entonces la nueva cobertura comienza sin interrupción en el primer día del mes siguiente. Si HHSC no recibe la cuota de inscripción a tiempo, la nueva cobertura no comenzará hasta el primer día del siguiente mes.

La renovación de Medicaid se completa cuando la familia firma y envía la Forma de Inscripción / Transferencia a HHSC si es que escogió un nuevo plan médico o dental.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

¿CUÁLES SON MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES?

PARA MIEMBROS DE CHIP Y MIEMBROS RECIÉN NACIDOS DE CHIP PERINATAL

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

DERECHOS:

1. Usted tiene el derecho de obtener información correcta y fácil de entender para ayudarle a tomar mejores decisiones sobre el plan de salud y los doctores, hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. Usted tiene el derecho de recibir información del plan de salud si utiliza una “red limitada de proveedores”. Esta red consiste en un grupo de doctores y otros proveedores que solo envían a los pacientes a otros doctores del mismo grupo. “Red limitada de proveedores” quiere decir que usted no puede ver a todos los doctores que forman parte del plan de salud. Si el plan de salud utiliza “redes limitadas”, asegúrese de que el proveedor de cuidado primario de su hijo y cualquier especialista que quiera ver estén en la misma “red limitada”.
3. Usted tiene el derecho de saber cómo se les paga a los doctores. Algunos reciben un pago fijo sin importar las veces que usted tenga cita. Otros reciben pagos basados en los servicios que prestan a su hijo. Usted tiene el derecho de saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Usted tiene el derecho de saber cómo decide el plan de salud si un servicio está cubierto o es médicamente necesario. Usted tiene el derecho de saber qué personas en el plan de salud deciden esas cosas.
5. Usted tiene el derecho de saber el nombre y dirección de los hospitales y otros proveedores del plan de salud.
6. Usted tiene el derecho de escoger de una lista de proveedores de atención médica que sea lo suficientemente larga para que su hijo pueda obtener la atención adecuada cuando la necesita.
7. Si un doctor dice que su hijo tiene necesidades médicas especiales o una discapacidad, es posible que pueda tener a un especialista como el proveedor de cuidado primario del niño. Pregunte al plan de salud acerca de esto.
8. Los niños a quienes les diagnostican necesidades médicas especiales o una discapacidad tienen el derecho de recibir atención especializada.
9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el doctor que lo atiende sale del plan de salud, su hijo tal vez pueda seguir viendo a ese doctor durante 3 meses, y el plan de salud tiene que continuar pagando esos servicios. Pregunte al plan cómo funciona esto.
10. Su hija tiene el derecho de ver a cualquier ginecoobstetra (OB/GYN) participante sin un envío a servicios de su proveedor de cuidado primario y sin preguntar primero al plan de salud. Pregunte al plan cómo funciona esto. Algunos planes exigen que escoja a un OB/GYN antes de verlo sin un envío a servicios.



11. Su hijo tiene el derecho de recibir servicios de emergencia si usted tiene motivos razonables para creer que la vida del niño corre peligro, o que el niño podría sufrir algún daño grave si no recibe atención cuanto antes. La cobertura de emergencias está disponible sin antes preguntar al plan de salud. Quizás tenga que hacer un copago según sus ingresos. No se aplican copagos al Miembros de CHIP Perinatal.
12. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de participar en las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Usted tiene el derecho de hablar en nombre de su hijo en todas las decisiones de tratamiento.
14. Usted tiene el derecho de pedir una segunda opinión de otro doctor del plan de salud sobre el tipo de tratamiento que necesita su hijo.
15. Usted tiene el derecho de recibir un trato justo del plan de salud y de los doctores, hospitales y otros proveedores.
16. Usted tiene el derecho de hablar en privado con los doctores y otros proveedores de su hijo, y de que los expedientes dentales de su hijo se mantengan confidenciales. Usted tiene el derecho de ver y copiar los expedientes médicos de su hijo y de pedir que se hagan cambios a esos expedientes.
17. 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 a su hijo. Si el plan de salud dice que no pagará un servicio o beneficio cubierto que el doctor del niño 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.
18. Usted tiene el derecho de saber que los doctores, hospitales y otras personas que atienden a su hijo pueden aconsejarle sobre el estado de salud, la atención médica y el tratamiento de su hijo. El plan de salud no puede impedir que ellos le den esta información, aunque la atención o tratamiento no sea un servicio cubierto.
19. Tiene el derecho de saber que es responsable de pagar sólo los copagos aprobados por servicios cubiertos. Los doctores, hospitales y otros proveedores no pueden exigirle copagos ni ninguna suma adicional por los servicios cubiertos.

RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Usted y el plan de salud tienen interés en que la salud de su hijo mejore. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Usted tiene que tratar de tener hábitos sanos. Anime a su hijo a evitar el tabaco y a tener una dieta saludable.
2. Usted tiene que participar en las decisiones del doctor sobre los tratamientos de su hijo.
3. Usted tiene que trabajar con los doctores y otros proveedores del plan de salud para escoger tratamientos para su hijo que todos han aceptado.
4. 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.



5. Usted tiene que aprender qué es lo que el plan de salud cubre y no cubre. Lea el Manual para Miembros para entender cómo funcionan las reglas.
6. Si hace una cita para su hijo, tiene que tratar de llegar al consultorio del doctor a tiempo. Si no puede ir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de pagar al doctor y a otros proveedores los copagos que les debe. Si su hijo recibe servicios de CHIP Perinatal, no tendrá ningún copago para ese niño.
8. Usted tiene que denunciar el mal uso de los servicios de CHIP o CHIP Perinatal por los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Usted tiene que hablar con el proveedor sobre los medicamentos que le recete.

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

EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

¿QUÉ HAGO SI TENGO UNA QUEJA?

Queremos ayudar. Si tiene una queja, por favor, llámenos al **915-532-3778** o 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 **915-532-3778** o gratis 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 una acción en contra de usted por presentar 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
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?

Un miembro del programa CHIP puede presentar una queja oralmente o por escrito. Un defensor por parte de Servicio al Cliente se le asignará para que le pueda ayudar. Esta persona tratará de solucionar su problema rápidamente, probablemente mientras usted espera en el teléfono. El Paso Health le enviará un formulario para presentar quejas y tendrá que enviarla de vuelta para una pronta resolución a su queja.



Si usted no puede llenar el formulario, un defensor por parte de Servicio al Cliente le ayudará a llenar el formulario por usted y le explicará nuestro proceso para presentar una queja. El proceso para presentar una queja implica una serie de pasos que usted puede realizar cuando no está satisfecho con la resolución de su problema.

¿CUÁNTO SE TARDARA PARA QUE MI QUEJA SEA PROCESADA?

Usted recibirá una carta por parte de El Paso Health dentro de (5) días hábiles para notificarle que si recibimos su queja. Nosotros tendremos lista la resolución de su queja dentro de (30) días después que hayamos recibido la queja. El Paso Health llegará a una decisión referente a su queja y le informará de la decisión por escrito. Usted recibirá una carta informándole lo que se indagó referente a su queja y lo que El Paso Health hará para solucionar el problema.

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

Su queja será procesada y resuelta dentro de 30 días del calendario, 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 continúa a más tardar el siguiente día hábil de su recepción, El Paso Health debe investigar y resolver la queja.

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. Envíe su formulario para presentar una queja a:

EL PASO HEALTH

Complaints and Appeal Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925

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

Si Usted no está satisfecho con la resolución de su queja, usted puede presentar una apelación solicitando una audiencia ante el panel de apelación de quejas (CAP por sus siglas en inglés). El panel de apelaciones es un grupo de gente que consiste en miembros como usted por parte de El Paso Health y de gente que trabaja en El Paso Health.

APELACIONES AL PLAN DE SALUD

1. Si no está satisfecho con la resolución de SU queja, USTED tiene el derecho de ya sea comparecer en persona ante un panel en el lugar donde USTED usualmente recibe los servicios de cuidado para la salud, al menos que USTED decida en otro lugar, o dirigir una apelación por escrita al panel que se encarga de las apelaciones de quejas. NOSOTROS tenemos que terminar el proceso de apelación dentro de (30) días después que hayamos recibido la petición de apelación.
2. NOSOTROS le debemos de mandar una carta a USTED en no más de cinco días informándole que recibimos su petición.



3. NOSOTROS nombraremos a miembros para que sean parte del jurado de apelaciones para que ellos nos asesoren en la resolución de la disputa. El jurado de apelaciones deberá ser conformado por un número equitativo de nuestro personal, doctores u otros proveedores, y afiliados. Un miembro del jurado de apelaciones no debe haber estado previamente involucrado en la decisión disputada.
4. Los médicos en el jurado de apelaciones deben contar con experiencia en el área de cuidado en disputa y deben ser independientes de cualquier médico que haya hecho cualquier resolución previa. Si un cuidado especializado está en disputa, el jurado de apelaciones deberá incluir a un especialista en el ramo.
5. Al menos cinco días antes de la junta programada con el jurado, a menos de que USTED decida otra cosa, NOSOTROS le proporcionaremos a usted o a su representante asignado:
 - a. Cualquier tipo de documentación por parte de NUESTRO personal que será presentada ante el jurado;
 - b. La especialización de todos los doctores o proveedores consultados durante la investigación; y
 - c. El nombre y afiliación de cada uno de NUESTROS representantes en el jurado.
6. USTED o SU representante asignado, si USTED es menor de edad o está discapacitado, tiene el derecho a:
 - a. Presentarse en persona ante el jurado de apelaciones;
 - b. Presentar testimonios de expertos alternativos; y
 - c. Solicitar la presencia de cualquier persona que haya sido responsable de llegar a la determinación anterior que resultó en una apelación.
7. La investigación y resolución de las apelaciones relacionadas a emergencias continuas o la negación de estadías continuas en el hospital deberán concluir de acuerdo a la urgencia médica del caso, pero en ningún momento exceder más de un día hábil después de SU petición de apelación.

Debido a las emergencias continuas o estadías continuas en el hospital, y a SU petición, NOSOTROS le proporcionaremos, en lugar de un jurado de apelaciones, una evaluación por parte de un doctor o proveedor que no ha revisado el caso anteriormente y comparte la misma especialidad o similar y generalmente tiene el conocimiento de la condición, procedimiento, o tratamiento médico en cuestión. El médico encargado de revisar la apelación puede entrevistar al miembro o a su representante asignado y debe decidir la apelación. Esta resolución puede ser hecha oralmente y una resolución por escrito deberá ser enviada por correo no a más tardar del tercer día de la fecha de la resolución.
8. El comunicado de NUESTRA decisión final sobre la apelación deberá incluir una declaración acerca de las especialidades médicas, clínicas, y criterios establecidos utilizados para llegar a la decisión final. USTED puede pedir que la resolución de una apelación de cuidado de emergencia sea revisada por un jurado de apelaciones.



Un mediador del miembro lo ayudará a programar una cita con el jurado de apelaciones o podemos enviarle un formulario de apelación por correo. También puede solicitar una junta con el jurado de apelaciones a la dirección:

EL PASO HEALTH

Atención: 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 PLAN DE SALUD DE EL PASO HEALTH NEGARA O LIMITARA UNA ORDEN DE MI DOCTOR PARA UN SERVICIO MÉDICO O MEDICAMENTO QUE CUENTE CON COBERTURA?

Usted, su representante asignado, su proveedor de registro y su proveedor de atención médica o el sitio que le prestó servicios, si es diferente de su Médico de Atención Primaria que se le asignó, pueden apelar la decisión de El Paso Health de negar o limitar servicios. Usted tendrá que apelar dentro de los siguientes treinta (30) días que usted recibe el aviso de que la cobertura de los servicios fue negada o limitada.

Usted debe presentar su apelación por escrito, por teléfono, o por fax a:

EL PASO HEALTH

Atención: 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

¿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. Esta 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 hacer 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 de la parte que apela a buscar una revisión hecha por TDI aprobada 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.



¿CUALES SON LOS MARGENES DE TIEMPO PARA UNA APELACION?

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. El plazo para la apelación puede ampliarse hasta catorce (14) días de calendario si usted o su representante solicitan una extensión o El Paso Health muestra que hay una necesidad de información adicional y la forma en que la demora es en su mejor interés. Si el plazo se ha prorrogado por El Paso Health, usted recibirá una notificación por escrito de la razón de la demora.

¿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 a:

EL PASO HEALTH

Atención: 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

Si usted hace una apelación por teléfono, usted recibirá un formulario de apelación de una página junto con una carta de reconocimiento. La parte apelante no tiene que regresar el formulario de apelación, pero El Paso Health prefiere que la parte apelante la regrese junto con la información adicional que le ayudará con la apelación. Puede regresar la forma a:

EL PASO HEALTH

Atención: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, Texas 79925

Usted, su representante asignado, su proveedor de registro y su proveedor de atención médica o el centro que le prestó sus servicios, si es distinto del doctor que se le asignó, recibirán una carta de parte de El Paso Health dentro de cinco (5) días de calendario notificándole que su apelación ha sido recibida. El acuse de recibo incluirá el proceso de apelación de El Paso Health y el derecho a solicitar un IRO.

¿ALGUIEN DE EL PASO HEALTH ME PUEDE AYUDAR 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

AGILIZANDO EL PROCESO DE APELACIÓN

¿QUÉ SIGNIFICA UNA APELACIÓN ACELERADA?

Una apelación agilizada está disponible para una negación de atención de emergencia, una negación de hospitalización continua, o una negación de otro servicio si el proveedor de atención médica solicitante incluye una declaración por escrito con documentación de apoyo que el servicio es necesario para tratar una enfermedad potencialmente mortal o prevenir daños graves al miembro. Una apelación agilizada también está disponible para la negación de medicamentos recetados e infusiones intravenosas por la cual el miembro está actualmente recibiendo beneficios, y para las solicitudes de excepción del protocolo de terapia escalonada negadas.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR UNA APELACIÓN AGILIZADA?

Si 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 asigne, pueden solicitar una apelación agilizada. Si usted quiere solicitar una apelación agilizada oralmente, por favor llame al 915-532-3778 o gratuitamente al 877-532-3778 y pida hablar con un representante del departamento de servicios de salud que le puede asistir con su apelación. Si usted quiere presentar su apelación por escrito, por favor de mandarla a:

EL PASO HEALTH

Atención: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Drive
El Paso, TX 79925

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

No, usted puede solicitar una apelación agilizada verbalmente o por escrito.

Para presentar su apelación por escrito, mande su solicitud a:

EL PASO HEALTH

Atención: Complaints and Appeals Department
1145 Westmoreland Drive
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 AGILIZADA?

El tiempo para la resolución de una apelación agilizada 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 agilizada serán proporcionadas por teléfono o transmisión electrónica. Además del proceso inicial de notificación (llamada telefónica o notificación electrónica) le será enviada una carta dentro de los siguientes tres (3) días hábiles para corroborar dichas determinaciones. La 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 hacer 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?

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.

¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR A PRESENTAR UNA APELACIÓN ESPECIALIZADA?

Favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o gratuitamente al **1-877-532-3778** y nosotros le comunicaremos con un Intercesor de miembro que le puede asistir con su caso de apelación.

¿CUÁLES SON LOS MÁRGENES DE TIEMPO PARA EL PROCESO DE APELACIÓN DE ESPECIALIDAD?

El proveedor de registro puede solicitar una apelación de especialidad, que solicita que un tipo específico de proveedor de especialidad revise el caso. Se puede solicitar una revisión especializada para la apelación de la decisión original de El Paso Health o la denegación de la primera apelación. El proveedor debe solicitar este tipo de apelación dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que se solicitó o denegó la apelación. Completaremos la apelación de especialidad y enviaremos nuestra decisión por escrito al afiliado o a la persona que actúa en nombre del afiliado y al proveedor dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de la apelación de especialidad.



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. Envíe 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/ferportal/#/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 pagará 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.

¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR A PRESENTAR UN IRO?

Por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al **915-532-3778** o **1-877-532-3778** y usted será dirigido con un Intercesor de miembro que le podrá asistir.



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, TX 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 (Gratuito)



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** (TTY **1-855-532-3740**).

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** (TTY **1-855-532-3740**), 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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).



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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740)。

KOREAN

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740) 번으로 전화해 주십시오.

ARABIC

مقرب لصرتا. ناجملاب لكل رفاوتت ةيوعلللا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغللا ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740). مئبل او مصلا فتاه مقر

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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

FRENCH

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-532-3778 (ATS: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740) पर कॉल करें।

PORTUGUESE

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

GERMAN

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

GUJARATI

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-532-3778 (телетайп: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).

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 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740) まで、お電話にてご連絡ください。

LAO

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຄວມນຳມາໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-532-3778 (TTY: 1-855-532-3740 or 915-532-3740).



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

NOTAS