



# Manual para miembros del Programa de seguro de salud para niños (CHIP) 2024-2025

## Áreas de servicio de Bexar y Tarrant

Departamento de Servicios para Miembros 1-866-818-0959 (Bexar) y 1-800-245-5380 (Tarrant),  
TTY 1-800-735-2989  
Marzo de 2024



[AetnaBetterHealth.com/Texas](https://AetnaBetterHealth.com/Texas)

86.07.343.0-TX SPA (Rev 11/24)



Aetna Better Health® of Texas

# Información personal

Mi número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Mi PCP (profesional de atención primaria)/proveedor prenatal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de mi PCP/proveedor prenatal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de atención primaria de su hijo: \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor de atención primaria de su hijo: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local.**

## **Llámenos a este número:**

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas

Número gratuito: **1-866-818-0959** (área de servicio de Bexar), **1-800-245-5380** (área de servicio de Tarrant) Se encuentran disponibles servicios de interpretación en inglés/español.

Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m.

Fuera del horario de atención: Deje un mensaje de voz.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** y pídale que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health of Texas.

## **Escríbanos:**

Aetna Better Health of Texas

Attention: Member Services

PO Box 818042

Cleveland, OH 44181-8042

Visite nuestro sitio web:

**AetnaBetterHealth.com/Texas**

# **Aetna Better Health® of Texas**

## **Manual para miembros del Programa de seguro de salud para niños (CHIP)**

**Marzo de 2024**

**Áreas de servicio de Bexar y Tarrant**

Aetna Better Health brinda cobertura a los miembros del Programa de seguro de salud para niños (CHIP) que viven en los siguientes condados:

**Área de servicio de Bexar:** Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson

**Área de servicio de Tarrant:** Tarrant, Denton, Hood, Johnson, Parker y Wise

**Departamento de Servicios para Miembros:**

**1-866-818-0959** (Bexar)

**1-800-245-5380** (Tarrant)

**[AetnaBetterHealth.com/Texas](https://www.AetnaBetterHealth.com/Texas)**

## Índice

Consejos rápidos y seguridad de los miembros de CHIP/CHIP Perinate.....	6
Introducción .....	8
Manual para miembros de CHIP/CHIP Perinate/CHIP Perinate Newborn.....	8
Números de teléfono importantes .....	10
Departamento de Servicios para Miembros.....	10
Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health.....	12
Tarjetas de identificación de miembro (ID) .....	16
Información sobre el proveedor de atención primaria: CHIP/CHIP Perinate Newborn.....	18
Atención después del horario de atención .....	21
Planes de incentivo de médicos.....	22
Información sobre el plan de salud.....	22
Inscripción simultánea en CHIP, CHIP perinatal y Medicaid para ciertos recién nacidos.....	23
Información sobre beneficios: CHIP y CHIP Perinate Newborn.....	23
Costos que paga de su bolsillo .....	25
Atención médica y otros servicios: CHIP/CHIP Perinate Newborn .....	26
Atención después del horario de atención .....	30
Salud conductual.....	32
Farmacia y medicamentos.....	33
Servicios de la vista.....	36
Intervención temprana en la infancia (ECI) .....	36
Servicios dentales .....	36
Servicios de interpretación .....	37
Salud de la mujer .....	37
Miembros con necesidades de atención médica especiales .....	39
Facturación del proveedor .....	39
Notificación del Departamento de Servicios para Miembros .....	40

Derechos y responsabilidades del miembro: CHIP/CHIP Perinate Newborn .....	40
Renovación de la cobertura .....	42
Proceso de reclamo .....	43
Proceso de apelación de una determinación adversa de CHIP .....	44
Proceso de apelación acelerada.....	46
Organización de revisión independiente (IRO) .....	48
Denuncia de fraude, uso indebido y abuso de CHIP .....	48
Subrogación .....	49
Manual para miembros de CHIP Perinate.....	51
Tarjetas de identificación (ID) de miembro: CHIP Perinate.....	51
Proveedores de miembros de CHIP Perinate .....	53
Información sobre los planes de salud: CHIP Perinate .....	54
Información sobre beneficios: CHIP Perinate.....	56
Los costos que paga de su bolsillo: CHIP Perinate .....	58
Atención médica y otros servicios: CHIP Perinate .....	58
Atención después del horario de atención: CHIP Perinate.....	62
Farmacia y medicamentos: CHIP Perinate .....	63
Servicios de interpretación: CHIP Perinate .....	66
Elección de un proveedor: CHIP Perinate .....	66
Facturación del proveedor: CHIP Perinate.....	67
Notificación del Departamento de Servicios para Miembros: CHIP Perinate.....	68
Derechos y responsabilidades de los miembros: CHIP Perinate.....	68
Renovación de la cobertura: CHIP Perinate .....	70
Proceso de reclamo .....	70
Proceso de apelación de una determinación adversa de CHIP .....	72
Proceso de apelación acelerada.....	74
Organización de revisión independiente (IRO) .....	75
Denuncia de fraude, uso indebido y abuso de CHIP .....	76

Subrogación .....	77
Beneficios cubiertos y limitaciones de CHIP/CHIP Perinate Newborn .....	78
Exclusiones de CHIP o CHIP Perinate Newborn .....	95
Beneficios de valor agregado de CHIP/CHIP Perinate Newborn.....	97
Beneficios cubiertos y limitaciones de CHIP Perinate.....	102
Exclusiones de CHIP Perinate.....	111
Aviso de no discriminación.....	114
Glosario .....	117

**En caso de emergencia, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local.**

**Llámenos** 

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health  
Número gratuito: **1-866-818-0959** (área de servicio de Bexar), **1-800-245-5380** (área de servicio de Tarrant)

Se encuentran disponibles servicios de interpretación en inglés/español.

Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el estado Después del horario de atención y los fines de semana: Puede comunicarse con nuestra línea de enfermería las 24 horas o dejar un mensaje de voz; le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **1-800-735-2989** o al **7-1-1**, y pídale que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.

**Escríbanos**



Aetna Better Health  
Attention: Member Services  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

**Visite el sitio web**



**[AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas)**

## **Consejos rápidos y seguridad de los miembros de CHIP/CHIP Perinate**

---

Creemos que es importante educar a nuestros miembros sobre la seguridad de la salud. A continuación, le brindamos algunos consejos importantes:

- Participe en cada decisión sobre su atención médica. Puede saber lo que usted y su médico pueden hacer para mejorar la salud o mantenerse saludable si participa.
- Haga preguntas. Tiene derecho a hacerle preguntas a cualquier persona involucrada en su atención.
- Asegúrese de que el médico sepa todos los medicamentos que está tomando. Los medicamentos pueden incluir aquellos que le haya recetado su médico o los que compra en una tienda. Solicite que estos medicamentos figuren en sus registros médicos.
- Asegúrese de que su médico sepa si tiene alergias o reacciones a cualquier medicamento. Esto ayuda a que su médico no le recete medicamentos que podrían hacerle daño.
- Solicite información sobre su atención médica en un idioma que pueda entender. Asegúrese de tener en claro las cantidades de medicamentos que debe tomar. Debe preguntarle a su médico cómo reaccionará si toma uno o más tipos de medicamentos al mismo tiempo.

### ***¿Debería ir a la sala de emergencias, la atención de urgencia o llamar a mi proveedor de atención primaria?***

#### **Consulte a su proveedor de atención primaria**

- Cuando se quede sin medicamento.
- Si tiene alguna pregunta sobre su medicamento.
- Cuando tenga dolor de oídos, tos, resfrío, fiebre o dolor de garganta.
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte leves.
- Cuando necesite atención de rutina para el asma.
- Cuando necesite vacunas.

#### **Obtenga atención de urgencia (si el consultorio de su médico está cerrado)**

- Cuando tenga dolor de oídos, tos, resfrío, fiebre o dolor de garganta.
- Cuando tenga una lesión, quemadura o corte leves.

#### **Acuda a la sala de emergencias más cercana**

- Si tiene dificultad para respirar.
- Si un sangrado no se detiene.
- En caso de intoxicación.
- Huesos rotos.
- En caso de un ataque de asma.
- En caso de desvanecimiento (desmayo).
- Si tiene cortes profundos o quemaduras.

### Controles dentales

Los controles dentales deben comenzar a los 6 meses de edad. Los controles dentales deben realizarse cada seis meses, a menos que el dentista necesite ver a su hijo con más frecuencia. El plan dental de Medicaid de su hijo incluye servicios que previenen las caries y solucionan problemas dentales. No necesita una remisión de su médico.

### Mi hijo tiene fiebre

La fiebre puede ser un signo de infección. La fiebre puede ser una razón para llamar al médico, especialmente en caso de bebés menores de tres meses. Llame a su proveedor si su hijo no toma líquidos, está muy inquieto, no se despierta, vomita o se ve muy enfermo.

Edad	Temperatura	Qué hacer
De 1 a 2 meses	100	Llame a su proveedor de atención primaria de inmediato.
De 3 a 4 meses	100	Llame a su proveedor de atención primaria si la fiebre persiste durante más de 24 horas.
Más de 4 meses	103	Llame a su proveedor de atención primaria si la fiebre persiste más de 2 días después de administrar el medicamento.

# Introducción

---

## Manual para miembros de CHIP/CHIP Perinate/CHIP Perinate Newborn

Por medio de Aetna Better Health, nos complace ofrecerles a usted o su hijo todos los beneficios que brinda el Programa de seguro de salud para niños (“CHIP”) del estado de Texas, además de beneficios ampliados y de valor agregado. La información sobre elegibilidad y beneficios se incluye en este manual para miembros. Usted eligió a su médico o clínica, o los de su hijo, cuando se inscribió en Aetna Better Health. El médico o la clínica que eligió es su proveedor de atención primaria o el de su hijo y actuará como nexo para atender todas sus necesidades de atención médica o las de su hijo.

Este manual es una guía para ayudarle a conocer su plan Aetna Better Health o el de su hijo. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o los de su hijo o sobre la cobertura, consulte la sección de beneficios de este manual. Si no puede encontrar la respuesta a sus preguntas en este manual, visite nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas) o llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Con gusto lo ayudaremos.

## Consejos para los miembros

- Controle la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para asegurarse de que la información sea correcta. El nombre de su proveedor de atención primaria aparece en su tarjeta de Aetna Better Health.
- Conserve este manual para consultarlo en el futuro.
- Escriba su número de identificación en el frente de este manual o en otro lugar seguro.
- Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
- Mantenga el nombre y el número de su proveedor de atención primaria cerca del teléfono.
- Llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para programar una cita y dígame que usted o su hijo es miembro de Aetna Better Health.
- Llame al proveedor de atención primaria cuando usted o su hijo necesiten atención.
- Siga las recomendaciones del proveedor de atención primaria.
- Acuda a la sala de emergencias (ER) del hospital solo para emergencias.

## Preguntas o ayuda para entender o leer el manual para miembros

Contamos con personal que habla inglés y español que puede ayudarle a comprender este manual. También tenemos servicios para personas que tienen dificultades para leer, escuchar, ver o hablar un idioma que no sea el inglés o el español. Puede solicitar el Manual para miembros en audio, otros idiomas, braille o en letra grande. Si necesita un audiocasete o un CD, se lo enviaremos por correo. Para obtener ayuda, visite nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas) o llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.

Puede recibir una copia impresa del Manual para miembros en inglés o español sin costo. Se la enviaremos en un plazo de cinco días después de que lo solicite.

### **Información sobre el plan y recursos en línea**

Obtenga información durante las 24 horas, los 7 días de la semana en nuestro sitio web **[AetnaBetterHealth.com/Texas](https://www.aetnabetterhealth.com/Texas)**. Puede encontrar información y respuestas a sus preguntas sin llamarnos.

Este sitio web le permite lo siguiente:

- Consultar los boletines para miembros.
- Ver preguntas y respuestas sobre Medicaid.
- Buscar en nuestro Directorio de proveedores para encontrar médicos y hospitales de Aetna en su área.
- Obtener información sobre diferentes temas de salud.

### **Recurso de directorio de proveedores**

Nuestro directorio de proveedores tiene una lista de todos los tipos de proveedores de la red junto con sus nombres, direcciones, números de teléfono, especialidad, educación, certificación de la junta, idiomas que hablan, edades que atienden, entre otros. El directorio más reciente siempre está disponible en <https://www.aetnabetterhealth.com/texas/find-provider>. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red o si desea que le enviemos una copia impresa.

### **Certificado de cobertura acreditable**

Si necesita una prueba de la cobertura de CHIP de su hijo para que lo ayudemos a inscribir a su hijo en otro plan de seguro, llámenos al **1-866-818-0959** (área de servicio de Bexar) o al **1-800-245-5380** (área de servicio de Tarrant). También puede escribir a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Services  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

Con gusto le entregaremos un certificado de cobertura acreditable cuando lo solicite.

## Números de teléfono importantes

---

### Departamento de Servicios para Miembros

Estamos a su disposición para ayudarlo por teléfono de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., excepto los días feriados aprobados por el estado. Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Medicaid Aetna Better Health.

- Hacer preguntas sobre sus beneficios y su cobertura
- Actualice su dirección o número de teléfono.
- Cambiar su proveedor de atención primaria.
- Obtenga más información sobre cómo presentar un reclamo.

### En caso de una emergencia o crisis, llame al 911 o a su línea directa de emergencia local.

Para obtener asistencia después del horario de atención y los fines de semana, puede comunicarse con nuestra línea de enfermería las 24 horas o puede dejar un mensaje de voz y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Llame a su proveedor de atención primaria si tiene preguntas sobre las consultas, las horas de servicio o cómo obtener atención después del horario de atención.

Toda la información se ofrece tanto en inglés como en español. Los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando los solicite.

TTY: Para las personas sordas o con problemas auditivos, llame a la línea TTY de retransmisión de Texas al **711** y pídale que llamen a la línea del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health.

### Salud conductual *(esto se aplica solo a los miembros de CHIP/CHIP Perinate Newborn)*

Los servicios de salud conductual, que incluyen la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias, están disponibles durante las 24 horas, los 7 días de la semana al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). Contamos con miembros del personal que se encuentran disponibles para hablar inglés y español. Los servicios de interpretación se encuentran disponibles cuando los solicite.

Si su hijo tiene una emergencia médica o de salud conductual y necesita atención, diríjase a la sala de emergencias más cercana. Usted o alguien en su nombre deberá llamarnos al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para informarnos que su hijo tuvo una emergencia.

## Otros números importantes

Línea de enfermería las 24 horas (información de salud de un enfermero certificado) durante las 24 horas, los 7 días de la semana	<b>1-800-556-1555</b>
Línea de ayuda de CHIP/CHIP Perinate/CHIP Perinate Newborn	<b>1-800-647-6558</b>
<b><i>Los siguientes beneficios se aplican únicamente a CHIP/CHIP Perinate Newborn</i></b>	
Superior Vision Services	<b>1-800-879-6901</b>
Organizaciones de cuidado administrado de CHIP Dental <ul style="list-style-type: none"> <li>• DentaQuest</li> <li>• MCNA Dental</li> <li>• United Healthcare Dental</li> </ul>	<b>1-800-508-6775</b> <b>1-800-494-6262</b> <b>1-877-901-7321</b>
Programa de intervención temprana en la infancia de Texas	<b>1-800-628-5115</b>
Información sobre medicamentos con receta	<b>1-866-818-0959</b> (área de servicio de Bexar) <b>1-800-245-5380</b> (área de servicio de Tarrant)
Equipo de Asistencia de Cuidado Administrado del Defensor del Pueblo (OMCAT)	<b>1-866-566-8989</b> TTY: <b>1-866-222-4306</b>

## **Aviso sobre prácticas de privacidad de Aetna Better Health**

---

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a esta información. Revíselo detenidamente.

**Este aviso entra en vigencia el 16 de septiembre de 2013.**

### **¿A qué nos referimos cuando decimos “información de salud”?**<sup>1</sup>

Empleamos la frase “información de salud” cuando nos referimos a información que lo identifica. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Nombre.
- Fecha de nacimiento
- Atención médica recibida
- Montos pagados por la atención

### **Cómo utilizamos y compartimos su información de salud**

**Como ayuda para cuidarlo:** Podemos utilizar su información de salud para ayudar con su atención médica. También, la utilizamos para decidir qué servicios están cubiertos por sus beneficios. Podemos decirle qué servicios puede obtener, como controles o exámenes médicos. También podemos recordarle sus citas. Podemos compartir su información de salud con otras personas que le brindan atención, como médicos o farmacias. Si ya no forma parte de nuestro plan, con su autorización, le daremos su información de salud al nuevo médico.

**Con familiares y amigos:** Podemos compartir su información de salud con alguien que lo ayude. Es posible que estas personas lo ayuden con su atención o a pagar por ella. Por ejemplo, si usted sufre un accidente, es posible que necesitemos hablar con una de estas personas. Si no desea que divulguemos su información de salud, llámenos.

---

<sup>1</sup> A los fines de este aviso, “Aetna” y los pronombres “nosotros”, “nos” y “nuestro/a” se refieren a todos los planes HMO y a las subsidiarias aseguradoras con licencia de Aetna Inc. Para propósitos de privacidad federal, estas entidades se han designado como una única entidad cubierta asociada.

Si es menor de dieciocho años y no desea que divulguemos su información de salud a sus padres, llámenos. Podemos brindar ayuda en algunos casos si lo permite la ley estatal.

**Para el pago:** Es posible que les brindemos su información de salud a las personas que pagan su atención. Su médico debe entregarnos un formulario de reclamación que incluya su información de salud. Además, podemos utilizar su información de salud para controlar la atención que le brinda su médico. También podemos controlar los servicios de salud que usted utiliza.

**Para operaciones de atención médica:** Podemos utilizar su información de salud para hacer nuestro trabajo. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para lo siguiente:

- Promoción de la salud
- Administración de casos
- Mejora de la calidad
- Prevención de fraude
- Prevención de enfermedades
- Asuntos legales

Es posible que un administrador de casos trabaje con su médico. Este puede informarle sobre programas o lugares que puedan ayudarlo con su problema de salud. Si usted nos llama para hacernos alguna pregunta, necesitaremos consultar su información de salud para poder darle una respuesta.

### **Cómo compartimos su información con otras empresas**

Es posible que compartamos su información de salud con otras empresas. Lo hacemos por los motivos que explicamos anteriormente. Por ejemplo, puede que el transporte esté cubierto en su plan. Entonces, es posible que compartamos su información de salud con los responsables del transporte para ayudarlo a asistir al consultorio del médico. Si usted está en una silla de ruedas con motor, se lo informaremos para que envíen una camioneta en vez de un automóvil a buscarlo.

### **Otros motivos por los que podríamos compartir su información de salud**

También es posible que compartamos su información de salud por los siguientes motivos:

- Seguridad pública: para brindar ayuda con asuntos como el abuso infantil y las amenazas a la salud pública.
- Investigación: con investigadores, después de tomar los recaudos necesarios para proteger su información.
- Socios comerciales: con las personas que nos brindan servicios. Estas se comprometen a mantener su información segura.
- Reglamentaciones para la industria: con las agencias federales y estatales que nos controlan para asegurarse de que estemos haciendo un buen trabajo.

- Cumplimiento de la ley: con el personal federal, estatal y local responsable del cumplimiento de las leyes.
- Acciones legales: con los tribunales por asuntos legales o demandas.

### **Motivos por los que necesitaremos su autorización escrita**

Excepto en los casos mencionados anteriormente, le pediremos su autorización antes de utilizar o compartir su información de salud. Por ejemplo, le pediremos autorización en las siguientes circunstancias:

- Por motivos de comercialización que no tengan ninguna relación con su plan de salud.
- Antes de compartir cualquier nota de psicoterapia.
- Para la venta de su información de salud.
- Por otros motivos requeridos por la ley.

Puede retirar su autorización en cualquier momento. Para retirar su autorización, escríbanos. No podemos utilizar ni compartir su información genética cuando tomamos la decisión de brindarle un seguro de atención médica.

### **Cuáles son sus derechos**

Tiene derecho a revisar su información de salud.

- Puede pedirnos una copia de su información de salud.
- Puede solicitar sus registros médicos. Llame al consultorio de su médico o al lugar donde recibió atención.

Tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos su información de salud.

- Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si considera que es incorrecta.
- Si nosotros no estamos de acuerdo con la modificación que usted pidió, solicítenos presentar una declaración escrita de desacuerdo.

Tiene derecho a obtener una lista de las personas o los grupos con quienes hemos compartido su información de salud.

Tiene derecho a solicitarnos que nos comuniquemos con usted de un modo privado.

- Si considera que el modo en el que nos comunicamos con usted no es lo suficientemente privado, llámenos.
- Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted de un modo que sea más privado.

Tiene derecho a solicitarnos que tengamos un cuidado especial en cuanto al modo en que utilizamos o compartimos su información de salud.

- Es posible que utilicemos o compartamos su información de salud de las maneras que se describen en este aviso.
- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos su información de estas maneras. Esto incluye compartir la información con personas que estén involucradas en su atención médica.
- No es necesario que estemos de acuerdo, pero lo consideraremos con detenimiento.

Tiene derecho a saber si se compartió su información de salud sin su autorización.

- Si esto ocurre, se lo informaremos por medio de una carta.

Llámenos sin costo alguno a los siguientes números:

CHIP/CHIP Perinate      **1-866-818-0959** (Bexar), **1-800-245-5380** (Tarrant)

Las personas con      **TTY 1-800-735-2689** o **TTY: 711**

problemas auditivos  
deben llamar al

- Solicitarnos que hagamos algo de lo mencionado anteriormente.
- Solicitarnos una copia impresa de este aviso.
- Hacernos preguntas sobre este aviso.

También tiene derecho a enviarnos un reclamo. Si considera que se han infringido sus derechos, escribanos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
P.O. Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Llámenos para pedirnos la dirección.

Si usted no está conforme y se lo comunica a la Oficina de Derechos Civiles, no perderá la membresía del plan ni los servicios de atención médica. No utilizaremos el reclamo en su contra.

### **Cómo protegemos su información**

Protegemos su información de salud con procedimientos específicos. Por ejemplo, protegemos los accesos a nuestras computadoras y las entradas a nuestras instalaciones. Esto nos ayuda a bloquear ingresos no autorizados. Cumplimos todas las leyes federales y estatales para proteger su información de salud.

## **Modificaciones de este aviso**

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información de salud. Debemos cumplir con lo que se establece en este aviso. También tenemos derecho a efectuar cambios en este aviso. Si lo hacemos, estos se aplicarán a toda su información que tengamos ahora u obtengamos en el futuro. Puede obtener una copia del aviso más reciente en nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas).

## **Tarjetas de identificación de miembro (ID)**

---

Cuando usted o su hijo se inscriben en Aetna Better Health, les otorgaremos una tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Usted o su hijo no recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health cada mes. Si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo, o si cambia su copago o el de su hijo, usted o su hijo recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Cómo leer su tarjeta:** La tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health incluye el nombre y el/los número(s) de teléfono de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Mostrará información de copago en caso de que tenga que pagar por los servicios. La parte posterior de la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health tiene números de teléfono importantes para que llame si necesita ayuda. Asegúrese de que su información personal o la de su hijo que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health sea correcta.

- Identificación de Medicaid: número de identificación del miembro.
- Fecha de entrada en vigor: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el plan de salud.
- PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: nombre y número de teléfono del proveedor de atención primaria.
- Fecha de entrada en vigencia del PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el proveedor.
- RxBIN: número de identificación bancaria que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxGrp: número de grupo de medicamentos recetados que utiliza la farmacia para identificar el plan de salud.
- RxPCN: número de control del procesador que utiliza la farmacia para enviar reclamaciones.
- Se le puede enviar otra tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

## Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para CHIP, Bexar

<p><b>Aetna Better Health</b> of Texas Children's Health Insurance Program TDI</p>  <p><b>Member name / Nombre del/la miembro</b> <b>Member ID / Identificación del/la miembro</b> <b>Effective date / Fecha de vigencia</b> <b>Expiration date / Fecha de expiración</b></p> <p><b>PCP</b> <b>PCP phone / Teléfono del PCP</b> <b>PCP effective date / Fecha de vigencia del PCP</b></p> <p>.....</p> <p><b>Pharmacy coverage</b> RxBIN: 810591   RxPCN: ADV   RxGRP: RX8801 Pharmacist use only 1-877-874-3317</p> <p></p> <p>TX-21-02-03</p>	<p><b>No copayments apply for well-child or well-baby immunization visits.</b> <b>No aplican copagos para visitas de vacunas de bienestar infantil o de bebés.</b></p> <p>Doctor's office visit / Visita al consultorio del doctor: Hospital inpatient / Paciente interno en el hospital: Emergency room / Sala de emergencias: Hospital outpatient / Paciente externo en el hospital: Prescription generic drugs / Medicamentos genéricos de prescripción: Prescription brand drugs / Medicamentos de marca de prescripción:</p> <p>.....</p> <p><b>Attention provider</b> You must call 1-866-818-0959 for precertification or case management</p>										
<p><b>In case of an emergency, please call 911</b> <b>En caso de una emergencia, por favor llame al 911</b></p> <p><b>Directions for what to do in an emergency</b> In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. For additional information regarding emergency services, please refer to your member handbook.</p> <p><b>Instrucciones para lo que debe hacer en caso de una emergencia</b> En caso de emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo/a dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Para información adicional sobre los servicios de emergencia, por favor vea su manual del miembro.</p>	<table border="0"> <tr> <td>Member Services / Servicios para Miembros – 24/7</td> <td>1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>Behavioral Health / Salud Mental – 24/7</td> <td>1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería</td> <td>1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>Superior Vision</td> <td>1-800-879-6901</td> </tr> <tr> <td>Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas</td> <td>1-800-735-2989</td> </tr> </table> <p><b>Mail claims to this address / Envíe las reclamaciones a este domicilio:</b> Claims Processing Center PO Box 982964 El Paso, TX 79998-2964 Payer ID: 38692</p>	Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-866-818-0959	Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-866-818-0959	24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-866-818-0959	Superior Vision	1-800-879-6901	Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989
Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-866-818-0959										
Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-866-818-0959										
24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-866-818-0959										
Superior Vision	1-800-879-6901										
Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989										

## Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para CHIP, Tarrant

<p><b>Aetna Better Health</b> of Texas Children's Health Insurance Program TDI</p>  <p><b>Member name / Nombre del/la miembro</b> <b>Member ID / Identificación del/la miembro</b> <b>Effective date / Fecha de vigencia</b> <b>Expiration date / Fecha de expiración</b></p> <p><b>PCP</b> <b>PCP phone / Teléfono del PCP</b> <b>PCP effective date / Fecha de vigencia del PCP</b></p> <p>.....</p> <p><b>Pharmacy coverage</b> RxBIN: 810591   RxPCN: ADV   RxGRP: RX8801 Pharmacist use only 1-877-874-3317</p> <p></p> <p>TX-21-02-09</p>	<p><b>No copayments apply for well-child or well-baby immunization visits.</b> <b>No aplican copagos para visitas de vacunas de bienestar infantil o de bebés.</b></p> <p>Doctor's office visit / Visita al consultorio del doctor: Hospital inpatient / Paciente interno en el hospital: Emergency room / Sala de emergencias: Hospital outpatient / Paciente externo en el hospital: Prescription generic drugs / Medicamentos genéricos de prescripción: Prescription brand drugs / Medicamentos de marca de prescripción:</p> <p>.....</p> <p><b>Attention provider</b> You must call 1-800-245-5380 for precertification or case management</p>										
<p><b>In case of an emergency, please call 911</b> <b>En caso de una emergencia, por favor llame al 911</b></p> <p><b>Directions for what to do in an emergency</b> In case of emergency call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your child's PCP within 24 hours or as soon as possible. For more information regarding emergency services, please refer to your member handbook.</p> <p><b>Instrucciones para lo que debe hacer en caso de una emergencia</b> En caso de emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo/a dentro de 24 horas o tan pronto como sea posible. Para información adicional sobre los servicios de emergencia, por favor vea su manual del miembro.</p>	<table border="0"> <tr> <td>Member Services / Servicios para Miembros – 24/7</td> <td>1-800-245-5380</td> </tr> <tr> <td>Behavioral Health / Salud Mental – 24/7</td> <td>1-800-245-5380</td> </tr> <tr> <td>24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería</td> <td>1-800-245-5380</td> </tr> <tr> <td>Superior Vision</td> <td>1-800-879-6901</td> </tr> <tr> <td>Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas</td> <td>1-800-735-2989</td> </tr> </table> <p><b>Mail claims to this address / Envíe las reclamaciones a este domicilio:</b> Claims Processing Center PO Box 982964 El Paso, TX 79998-2964 Payer ID: 38692</p>	Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-800-245-5380	Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-800-245-5380	24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-800-245-5380	Superior Vision	1-800-879-6901	Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989
Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-800-245-5380										
Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-800-245-5380										
24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-800-245-5380										
Superior Vision	1-800-879-6901										
Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989										

**Cómo utilizar su tarjeta:** Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo cuando consulte al médico. La necesitará para obtener

**AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-866-818-0959 (Bexar) o 1-800-245-5380 (Tarrant)**

atención médica para usted o su hijo. Debe mostrarla cada vez que usted o su hijo reciban servicios.

**Cómo reemplazar su tarjeta o la de su hijo en caso de pérdida o robo:** Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant) de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

## **Información sobre el proveedor de atención primaria: CHIP/CHIP Perinate Newborn**

---

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

### **Función del proveedor de atención primaria**

#### ***¿Qué es un proveedor de atención primaria?***

Un proveedor de atención primaria es el médico, personal de enfermería o clínica principal que le brinda la mayor parte de la atención médica a usted o a su hijo. Esto se llama su “hogar médico”. Lo ayudará con toda la atención médica que usted o su hijo necesiten. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo pueden atender problemas médicos de rutina. En ocasiones, usted o su hijo pueden tener un problema que necesita la atención de un especialista. El proveedor de atención primaria lo ayudará a coordinarla y le dirá cómo programar una cita con un especialista. Si usted o su hijo deben ser internados en un hospital, su proveedor de atención primaria puede hacer los arreglos para usted o su hijo.

Nuestro objetivo es su buena salud o la buena salud de su hijo. Los instamos a usted o a su hijo a consultar al proveedor de atención primaria para recibir servicios de atención preventiva dentro de los próximos sesenta (60) días o lo antes posible. Esto ayudará a que su médico esté al tanto de su estado de salud y a que pueda ayudarlo a planificar para sus futuras necesidades de atención médica o las de su hijo. Comenzar con su médico también puede ayudar a prevenir retrasos en la atención cuando usted o su hijo están enfermos.

Recuerde que usted y el proveedor de atención primaria son los miembros más importantes de su equipo de atención médica o el de su hijo.

#### ***¿Qué debo llevar a mi cita médica o la de mi hijo?***

Debe llevar los siguientes artículos cuando vaya a su cita médica o la de su hijo:

- Identificación de miembro de Aetna Better Health;
- Registros de inmunización (vacunas); y
- Papel para tomar notas sobre la información que reciba del médico.

## Consultas a su proveedor de atención primaria o al de su hijo

Las consultas regulares a su proveedor de atención primaria y al dentista son importantes, incluso si sus hijos están sanos. Los controles de bienestar infantil están disponibles sin cargo para los miembros. Los bebés, los niños y los adolescentes necesitan controles de bienestar infantil. Siga este cronograma:

Rango de edad	Cantidad de controles	Edades previstas
Desde el nacimiento hasta el 1.er año	6	A las 2 semanas, 2 meses, 4 meses A los 6 meses, 9 meses
Desde el 1.er año hasta los 4 años	7	A los 12 meses, 15 meses A los 18 meses, 24 meses A los 30 meses, 36 años, 4 años
Desde los 5 años hasta los 20 años	16	Todos los años, dentro de los 30 días posteriores al cumpleaños

Las vacunas ayudan a proteger a su hijo de muchas infecciones que pueden causar problemas de salud graves. Si es necesario, su hijo recibirá las vacunas en los exámenes de bienestar infantil. Asegúrese de llevar el registro de vacunas de su hijo a cada consulta.

**NOTA:** Las guarderías y las escuelas exigen que todos los niños estén al día con las vacunas.

## Cómo elegir a su proveedor de atención primaria

### **¿Puede una clínica ser mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo? (centro de salud rural/centro de salud con calificación federal)**

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede ser una clínica. Algunos de los médicos que también puede elegir para que sean sus proveedores de atención primaria o los de su hijo incluyen los siguientes: médicos de familia; pediatras (para niños); obstetra/ginecólogo (OB/GYN); médicos generales (GP); profesionales en enfermería avanzados (ANP); centros de salud con calificación federal (FQHC) y centros de salud rural (RHC).

Consulte nuestro Directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria. Debe elegir un proveedor de atención primaria para usted o su hijo que esté dentro de la red. Puede obtener una copia del directorio en

<https://www.aetnabetterhealth.com/texas/find-provider> o por teléfono al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.

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

Puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. O puede cambiar de PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA a través del portal seguro para miembros. El médico o clínica debe aparecer en nuestro Directorio de proveedores. Para obtener una lista de médicos y clínicas, consulte nuestro directorio de proveedores en **AetnaBetterHealth.com/Texas**.

***¿Cuándo entrará en vigencia un cambio de proveedor de atención primaria?***

Si cambia su proveedor de atención primaria o el de su hijo, usted o su hijo recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. La nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health le indicará el nombre, la dirección y el número de teléfono del nuevo proveedor de atención primaria y la fecha en que entrará en vigencia el cambio de su nuevo proveedor de atención primaria o el de su hijo. El cambio de proveedor de atención primaria entrará en vigencia el mismo día que nos llame para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

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

No hay límite en la cantidad de veces que puede cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Puede cambiar de proveedor de atención primaria llamando sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant), o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Services  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

También puede ingresar en línea a través de nuestro portal seguro para miembros en **[AetnaBetterHealth.com/Texas/login](https://www.aetnabetterhealth.com/texas/login)** para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria.

***¿Qué sucede si elijo ir a otro médico que no sea mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?***

Usted puede consultar con cualquier médico o clínica de nuestra red para recibir servicios de atención médica de rutina que cubramos o aprobemos. Esto incluye los exámenes de bienestar infantil. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria. El médico o clínica debe aparecer en nuestro Directorio de proveedores.

***¿Hay alguna razón por la que una solicitud de cambio de proveedor de atención primaria puede ser denegada?***

En algunos casos, se puede denegar la solicitud para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Su solicitud puede ser denegada en los siguientes casos:

- El proveedor de atención primaria que eligió para usted o su hijo no acepta nuevos pacientes.
- El proveedor de atención primaria que eligió para usted o su hijo ya no forma parte de Aetna Better Health.

***¿Un proveedor de atención primaria puede transferirme a mí o transferir a mi hijo a otro proveedor de atención primaria por incumplimiento?***

Un proveedor de atención primaria puede solicitar que usted o su hijo escojan un nuevo proveedor de atención primaria por los siguientes motivos:

- Usted o su hijo faltan a sus citas a menudo y no llaman al proveedor de atención primaria para avisarle.
- No sigue los consejos de su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

***¿Qué sucede si mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo deja la red de Aetna Better Health?***

Si su médico o el de su hijo deja la red de Aetna Better Health, le enviaremos una carta para informarle el nuevo proveedor de atención primaria que hemos elegido para usted o su hijo. Si no está satisfecho con el nuevo proveedor de atención primaria, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y díganos qué proveedor de atención primaria desea. Si usted o su hijo reciben tratamientos médicamente necesarios, usted o su hijo podrán permanecer con ese médico si está dispuesto a atenderlo a usted o a su hijo. Cuando encontremos un nuevo proveedor de atención primaria en nuestra lista que pueda brindarle a usted o a su hijo el mismo tipo de atención, cambiaremos su proveedor de atención primaria o el de su hijo.

**Atención después del horario de atención**

---

***¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor de atención primaria o el de mi hijo?***

Si usted o su hijo se enferman durante la noche o en un fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria o perinatal de su hijo para recibir asesoramiento. El proveedor de atención primaria o perinatal u otro médico suyo o de su hijo están preparados para ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

### ***¿Cómo puedo obtener atención después del horario de atención?***

Si no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria o el de su hijo, también puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para hablar con un enfermero certificado que lo ayude a tomar decisiones.

### **Planes de incentivo de médicos**

---

La MCO no puede realizar pagos conforme a un plan de incentivos para médicos si los pagos están diseñados para inducir a los proveedores a reducir o limitar los Servicios cubiertos médicamente necesarios para los Miembros. En este momento, Aetna Better Health no tiene un plan de incentivo de médicos.

### **Información sobre el plan de salud**

---

#### ***¿Qué sucede si quiero cambiar de plan de salud?***

Se le permite hacer cambios en el plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en el CHIP;
- Con causa, en cualquier momento;
- Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- Durante el período de inscripción abierta anual del CHIP.

#### ***¿A quién debo llamar?***

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

#### ***¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?***

No hay un límite en la cantidad de veces que puede cambiar de plan de salud.

#### ***¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?***

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se realizará el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, el cambio se efectuará el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se efectuará el 1 de junio.

#### ***¿Puede Aetna Better Health pedir que me den de baja de su plan de salud por incumplimiento, etc.?***

Su inscripción o la inscripción de su hijo en nuestro plan se cancelará automáticamente en los siguientes casos:

- Usted o su hijo cumplen 19 años.
- Usted o su hijo no se vuelven a inscribir al final del período de elegibilidad de 12 meses.
- Usted o su hijo se mudan fuera del área de servicio de manera permanente.

- Usted o su hijo se inscriben en otro plan de salud o hay un cambio en el estado del seguro de salud (es decir, la cobertura del seguro del empleador).
- Usted continúa yendo o llevando a su hijo a la sala de emergencias cuando no tienen una emergencia.
- Usted o sus hijos presentan un patrón de comportamiento perturbador o abusivo no relacionado con una afección médica.
- Usted o su hijo no asisten a muchas visitas sin avisar a su médico o al de su hijo con anticipación.
- Permite que un tercero utilice su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.
- A menudo no respeta las recomendaciones de su médico o el de su hijo.

## Inscripción simultánea en CHIP, CHIP perinatal y Medicaid para ciertos recién nacidos

---

Si tiene hijos inscritos en el programa CHIP, permanecerán en el programa CHIP, pero pasarán a la cobertura de CHIP Perinatal de Aetna Better Health. Los copagos, el costo compartido y las tarifas de inscripción aún se aplican a los hijos inscritos en el programa CHIP.

El futuro bebé que esté inscrito en CHIP Perinatal pasará a Medicaid y obtendrá una cobertura continua de **Medicaid** durante 12 meses, a partir de la fecha de nacimiento, si el bebé vive en una familia con un ingreso **igual o inferior** al límite de elegibilidad de Medicaid.

El futuro bebé continuará recibiendo cobertura a través del programa CHIP como “**CHIP Perinate Newborn**” a partir de la fecha de nacimiento, si el bebé forma parte de una familia con un ingreso **superior** al límite de elegibilidad de Medicaid.

## Información sobre beneficios: CHIP y CHIP Perinate Newborn

---

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

### **¿Cuáles son mis beneficios de CHIP?**

Para ver una lista completa de los servicios médicos que puede obtener a través de Aetna Better Health, consulte la tabla en las páginas **78-94**. Algunos de sus beneficios tienen límites y también figuran en la tabla. Puede llamar sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para obtener más información sobre los beneficios.

### **Certificado de cobertura acreditable**

Si necesita una prueba de la cobertura de CHIP de su hijo para que lo ayudemos a inscribir a su hijo en otro plan de seguro, llámenos al **1-800-245-5380** (Tarrant) o al **1-866-818-0959** (Bexar). También puede escribir a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

Con gusto le entregaremos un certificado de cobertura acreditable cuando lo solicite.

### ***¿Cómo obtengo estos servicios? ¿Cómo obtengo estos servicios para mi hijo?***

Debe comunicarse con su proveedor de atención primaria o el de su hijo para consultar sobre los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo obtener estos u otros servicios, utilice el sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.

### ***¿Hay límites para los servicios cubiertos?***

No hay un máximo de por vida para los beneficios. Sin embargo, el período de 12 meses o las limitaciones de por vida se aplican a ciertos servicios, como se especifica en la tabla en las páginas **78-94**.

### ***¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinate Newborn? ¿Qué beneficios recibe mi bebé al nacer?***

Su hijo recibirá los mismos beneficios que todos los demás miembros de CHIP. Mientras esté en el programa CHIP Perinatal, **no tendrá copagos**. Para ver una lista completa de los servicios médicos que puede obtener a través de Aetna Better Health, consulte la tabla en las páginas 102-111.

### ***¿Cuáles son mis beneficios de medicamentos con receta?***

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo consideran que necesita.

### ***¿Qué servicios no están cubiertos?***

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan **exclusiones**. Para obtener una lista completa de las exclusiones, consulte la tabla en las páginas **95-96**.

### ***¿Qué clases de educación para la salud ofrece Aetna Better Health?***

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para brindar clases gratuitas o de bajo costo para padres e hijos. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

Seguridad en el asiento del vehículo	Seguridad contra intoxicaciones	Concientización sobre las drogas y el alcohol	Atención prenatal
Vacunas	Enfermedades de transmisión sexual	Mortalidad infantil	Sesiones para dejar de fumar
Nutrición	Prevención del embarazo adolescente	Salud bucal	Concientización sobre el cuidado de la vista
Acondicionamiento físico	Control del peso		

**¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Aetna Better Health? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mí o para mi hijo?**

Los miembros de Aetna Better Health reciben varios servicios de valor agregado. Para obtener una lista de estos beneficios, consulte la tabla en las páginas **97-102**. Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono sin cargo que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Costos que paga de su bolsillo**

**¿Qué son los copagos? ¿Cuánto cuestan y cuándo tengo que pagarlos?**

En la siguiente tabla, se enumera el programa de copagos del CHIP según los ingresos de la familia. No hay copagos para la atención preventiva, como las vacunas o los controles de bebés y niños sanos.

**Los copagos no se aplican a los miembros de CHIP Perinate Newborn, los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska.**

Los copagos no se aplican a los beneficios por servicios de bienestar de bebés y niños, servicios preventivos o asistencia relacionada con el embarazo.

En su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o en la de su hijo, aparecen los copagos que se aplican. Presente su tarjeta de identificación o la de su hijo cuando reciban servicios de atención médica.

¿Necesita acceso durante las 24 horas, los 7 días de la semana? Puede acceder a toda la información que necesite a través de nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/Texas](https://AetnaBetterHealth.com/Texas) o iniciando sesión en nuestro portal para miembros en [AetnaBetterHealth.com/Texas/login](https://AetnaBetterHealth.com/Texas/login). ¿Necesita ayuda para acceder al sitio web o al portal? Llámenos para que podamos registrarlo.

**Nota:** Los miembros de CHIP que son nativos estadounidenses o nativos de Alaska no tienen ningún costo compartido. Esto incluye tarifas de inscripción y copagos. Si usted es nativo estadounidense o nativo de Alaska y su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health muestra que se requiere un copago, llame a Aetna Better Health para que corrijan su tarjeta.

### Tabla de copagos para miembros de CHIP

Nivel federal de pobreza (FPL)	Tarifa de inscripción **	Consultas en el consultorio	Sala de emergencias (ER) que no sea por una emergencia	Copago por hospitalización	Medicamento con receta (genérico)	Medicamentos con receta (de marca)	Límite de costo compartido
Igual o inferior al 151%	\$0	\$5	\$5	\$35	\$0	\$5	5% del ingreso neto familiar**
Por encima del 151%, incluido el 186%	\$35	\$20	\$75	\$75	\$10	\$35	5% del ingreso neto familiar**
Por encima del 186%, incluido el 201%	\$50	\$25	\$75	\$125	\$10	\$35	5% del ingreso neto familiar**

\*El nivel federal de pobreza (FPL) hace referencia a las pautas de ingresos establecidas anualmente por el gobierno federal.

\*\*Cobertura por un período de 12 meses.

### Atención médica y otros servicios: CHIP/CHIP Perinate Newborn

Las referencias a “usted”, “mi” o “yo” se aplican si usted es miembro de CHIP. Las referencias a “mi hijo” o “mi hija” se aplican si su hijo es miembro de CHIP o de CHIP Perinate Newborn.

### **¿Qué significa “médicamente necesario”?**

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros de CHIP Perinate Newborn y los miembros de CHIP Perinate deben cumplir con la definición de CHIP de “médicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinate es un futuro bebé.

**Médicamente necesario** significa lo siguiente:

1. Servicios de atención médica que cumplan con lo siguiente:
  - a. Sean razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas o proporcionar exámenes de detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedades o dolencias o ponen en peligro la vida del miembro.
  - b. Se proporcionen en centros adecuados y en los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro.
  - c. Siguen las pautas y estándares de la práctica de atención médica que están respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente.
  - d. Sean coherentes con los diagnósticos de los miembros.
  - e. Sean menos invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia.
  - f. No sean experimentales ni investigativos.
  - g. No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.
2. Servicios de salud conductual
  - a. Sean razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante de dicho trastorno.
  - b. Siguen las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
  - c. Se suministren en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que los servicios puedan prestarse de manera segura.
  - d. Se correspondan con el nivel o el suministro de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de manera segura.
  - e. No se puedan omitir sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención prestada.
  - f. No sean experimentales ni investigativos.
  - g. No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.

***¿Qué es la atención médica de rutina? ¿En cuánto tiempo pueden atendernos a mí o a mi hijo?***

**La atención médica de rutina** es la atención que no sea de emergencia o urgencia que usted o su hijo reciben de su proveedor de atención primaria, proveedor perinatal u otro proveedor de atención médica.

El proveedor de atención primaria que eligió para usted o su hijo se denomina su “hogar médico” y lo ayudará con toda su atención médica o la de su hijo. Su proveedor de atención primaria le proporcionará a usted o a su hijo controles regulares y tratamiento cuando sean necesarios. Su proveedor de atención primaria indicará medicamentos con receta y suministros médicos. Su proveedor de atención primaria también lo enviará a usted o a su hijo a un especialista si es necesario. Un especialista puede ser su proveedor de atención primaria o el de su hijo si así lo decidimos nosotros y su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Es importante que siga los consejos de su proveedor de atención primaria o el de su hijo y que participe en las decisiones sobre su atención médica o la de su hijo.

Cuando usted o su hijo necesiten atención, llame al número de teléfono de su proveedor de atención primaria que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. El consultorio del médico o la clínica programarán una cita para usted o su hijo. Es muy importante que usted o su hijo asistan a estas citas. Si no puede asistir a una cita, llame a su médico o al de su hijo para avisarle. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo debe poder verlos a usted o a su hijo dentro de las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de una cita de atención médica de rutina o dentro de las ocho (8) semanas posteriores a la fecha en que solicite una cita para un control físico o de bienestar.

***¿Qué es la atención médica de urgencia? ¿En cuánto tiempo pueden atendernos a mí o a mi hijo?***

**La atención de urgencia** es cuando usted o su hijo tienen un problema médico que no es una emergencia, como un resfriado, tos, cortes pequeños, quemaduras leves o moretones.

Primero debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo o a su proveedor perinatal al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Si desea hablar con un enfermero, puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555**. El enfermero puede ayudarle a decidir si usted o su hijo necesitan acudir a la sala de emergencias. Muchas enfermedades no necesitan ser tratadas en la sala de emergencias. Un resfrío, tos, una erupción cutánea, cortes pequeños, quemaduras leves o moretones no son motivos razonables para acudir a la sala de emergencias. Si usted o su hijo necesitan atención de urgencia, el proveedor de atención primaria o perinatal debe atenderlo a usted o a su hijo dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de atención.

### ***¿Qué es la atención médica de emergencia? ¿Qué es una emergencia, una afección médica de emergencia y una afección de salud conductual de emergencia?***

La atención de emergencia es un servicio cubierto. Se proporciona atención de emergencia para afecciones médicas de emergencia y afecciones de salud conductual de emergencia.

**Una “afección médica de emergencia”** es una afección médica que se caracteriza por síntomas agudos y repentinos con una gravedad tal (incluido dolor intenso) que harían que una persona prudente, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considere que la falta de atención médica inmediata podría ocasionar lo siguiente:

- Un peligro grave para la salud del miembro
- Un deterioro grave de las funciones corporales
- Una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo
- Una deformación grave
- En el caso de una miembro embarazada de CHIP, un riesgo grave para la salud de la miembro de CHIP o de su futuro bebé

**Una “afección de salud conductual de emergencia”** comprende cualquier afección, sin tener en cuenta su naturaleza o su causa, que, según una persona prudente con un conocimiento promedio sobre medicina y salud, tenga las siguientes características:

- Requiere intervención o atención médica inmediata sin la cual el miembro estaría ante un peligro inmediato para sí mismo o para otros;
- Hace que el miembro sea incapaz de controlar, saber o comprender las consecuencias de sus acciones.

### ***¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?***

**Los “servicios de emergencia”** o la **“atención de emergencia”** se refieren a los servicios de atención médica prestados en el departamento de emergencias de un hospital o un centro médico de emergencia independiente dentro o fuera de la red, u otro centro comparable con médicos, proveedores o personal del centro dentro o fuera de la red disponibles para evaluar y estabilizar las afecciones médicas de emergencia o las afecciones de salud conductual de emergencia. Los servicios de emergencia también incluyen cualquier examen médico de detección u otra evaluación requerida por la ley estatal o federal que sean necesarios para determinar si existe una afección médica de emergencia o una afección de salud conductual de emergencia.

### ***¿En cuánto tiempo pueden atendernos a mí o a mi hijo?***

Independientemente del plan CHIP en el que esté inscrito, debe ser atendido de inmediato si usted o su hijo necesitan atención de emergencia. Ya sea que se encuentre dentro o fuera de nuestras áreas de servicio, le pedimos que siga las siguientes pautas cuando considere que usted o su hijo necesitan atención de emergencia.

- Llame al **911** o a la línea directa de emergencia local, o bien diríjase al centro de emergencia más cercano. Si la demora no es perjudicial para su salud o la de su hijo,

llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo. Informe a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible después de recibir tratamiento.

- Tan pronto como se establezca su afección médica o la de su hijo, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para obtener información sobre su historia clínica o la de su hijo.
- Si usted o su hijo ingresan en un centro para pacientes internados, usted, un pariente o un amigo en su nombre deben informar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible.

Los siguientes son algunos motivos razonables para acudir a la sala de emergencias:

- Peligro de perder una extremidad o la vida
- Dolores fuertes en el pecho
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos
- Asfixia o problemas para respirar
- Posibles fracturas de huesos
- Diarrea o vómitos incontrolados
- Sangrado abundante
- Lesiones o quemaduras graves
- Desmayos
- No poder moverse de repente (parálisis)
- Ser víctima de un ataque violento (violación, asalto, puñalada o herida de bala)
- Usted o su hijo tienen pensamientos de hacerse daño a sí mismos o a los demás
- Estar a punto de dar a luz a un bebé

### ***¿Qué hago si yo o mi hijo necesitamos atención dental de emergencia?***

Durante el horario de atención habitual, llame al dentista de cabecera de su hijo para averiguar cómo obtener servicios de emergencia. Si su hijo necesita servicios dentales de emergencia fuera del horario de atención habitual del dentista de cabecera, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

### ***¿Qué es la posestabilización?***

**Los servicios de atención de posestabilización** son servicios cubiertos por CHIP que mantienen la afección del miembro estable después de la atención médica de emergencia.

## **Atención después del horario de atención**

---

### ***¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor de atención primaria?***

Si su consultorio de atención primaria está cerrado y usted se enferma durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria para recibir asesoramiento. Su médico de atención primaria u otro médico están preparados para ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la

semana. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para que le ayuden a decidir qué hacer.

***¿Qué sucede si yo o mi hijo nos enfermamos cuando estamos fuera de la ciudad o de viaje?***

Si usted o su hijo necesitan atención médica durante un viaje, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de **emergencia** durante un viaje, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

***¿Qué sucede si estoy fuera del estado?***

Si usted o su hijo tienen una emergencia fuera del estado, acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si usted o su hijo se enferman y necesitan atención médica mientras se encuentran fuera del estado, llame a su médico o clínica de Aetna Better Health. Su médico puede decirle lo que debe hacer si no se siente bien. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health antes de que lo atiendan. Haga que el médico nos llame para obtener un número de autorización. El número de teléfono al que el médico debe llamar aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

***¿Qué sucede si estoy fuera del país?***

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

***¿Qué sucede si yo necesito o mi hijo necesita consultar a un médico especial (especialista)?***

Su proveedor de atención primaria o el de su hijo puede derivarle a otro médico si usted o su hijo necesitan un tipo especial de atención que su proveedor de atención primaria no puede brindar. Su proveedor de atención primaria o el de su hijo le informará si usted o su hijo necesitan ver a un especialista. Algunos servicios especializados requieren remisión o autorización previa.

***¿Qué es una remisión? ¿Necesitaré una remisión?***

Una **remisión** es una recomendación del médico para que usted o su hijo consulten a un especialista que no sea su médico de atención primaria (PCP). El médico hablará con usted acerca de sus necesidades o las de su hijo y lo ayudará a programar una cita con un especialista, si fuera necesario, que pueda brindarle la mejor atención.

No se requiere remisión para los miembros de CHIP/CHIP Perinate.

### ***¿Cuáles son los servicios que no necesitan una remisión?***

El plan de beneficios de CHIP/CHIP Perinate no requiere remisiones para ningún servicio; sin embargo, hay servicios que pueden necesitar autorización previa.

### ***¿Qué es una autorización previa?***

No es una remisión ni una preautorización. La **autorización previa** es una aprobación que Aetna Better Health requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de ser prestados. Su proveedor tratante o el de su hijo debe obtener esta aprobación. Puede consultar a su médico o a nosotros si necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

### ***¿En cuánto tiempo puede atendernos un especialista a mí o a mi hijo?***

Debe poder consultar a un especialista o llevar a su hijo dentro de un período de 3 semanas para una consulta de rutina y dentro de las 24 horas para consultas de atención urgente.

### ***¿Cómo puedo solicitar una segunda opinión?***

Usted o su hijo pueden obtener una segunda opinión de un proveedor de la red sobre el uso de cualquier servicio de atención médica. Si un proveedor de la red no está disponible, usted o su hijo pueden consultar a un proveedor fuera de la red. Obtener una segunda opinión no tiene costo para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una segunda opinión, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

## **Salud conductual**

---

### ***¿Cómo obtengo ayuda si tengo problemas de salud conductual (mental) o de consumo de alcohol o drogas, o si mi hijo los tiene?***

Aetna Better Health of Texas les ofrece cobertura a usted o su hijo de manera integral. También puede obtener ayuda si usted o su hijo tienen problemas con el alcohol o las drogas.

Para remisiones de intervención en casos de crisis o en la comunidad para problemas urgentes de salud mental o de abuso de sustancias, llame a nuestra línea directa durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

- (Bexar): **1-866-818-0959**, presione 1
- (Tarrant): **1-800-245-5380**, presione 1

### ***¿Necesito una remisión para esto?***

Usted o su hijo pueden acudir a cualquier proveedor de salud mental de nuestra red. No necesita pedirle a su médico que lo derive a alguien. No debe solicitarle al médico una remisión, pero algunos servicios pueden requerir autorización previa. La atención de emergencia está cubierta en todo Estados Unidos.

## Farmacia y medicamentos

---

### ***¿Cómo obtengo mis medicamentos o los de mi hijo?***

CHIP cubre la mayoría de los medicamentos que su médico o el de su hijo consideran que necesita. Su médico o el de su hijo le escribirán una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o pueden enviarle la receta a la farmacia por usted.

Las exclusiones incluyen: medicamentos anticonceptivos recetados solo con el fin de prevenir el embarazo y medicamentos para perder peso o aumentar de peso.

Es posible que tenga que pagar un copago por cada receta que obtenga en función de sus ingresos. No se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate Newborn.

### ***¿Cómo encuentro una farmacia de la red?***

- Puede encontrar una farmacia de la red de dos maneras.
- Visite nuestro sitio web **AetnaBetterHealth.com/Texas** y luego busque una farmacia en su área.
- Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380**. (Tarrant): Pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

### ***¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?***

Los medicamentos con receta que obtiene en otras farmacias que no pertenecen a la red de Aetna Better Health no estarán cubiertos. Todos los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia de la red.

### ***¿Qué debo llevar a la farmacia?***

Deberá llevar la receta que su médico le hizo a usted o a su hijo. También deberá mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.

### ***¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos o los de mi hijo?***

Si usted toma medicamentos para una afección continua, puede pedir que le envíen sus medicamentos por correo a su hogar. CVS Caremark es su farmacia de servicio por correo. Si elige esta opción, recibirá el medicamento directamente en su hogar. Puede programar sus resurtidos y consultar a los farmacéuticos si tiene preguntas. Estas son algunas de las características de la entrega a domicilio:

- Los farmacéuticos controlan cada pedido para su seguridad.
- Puede pedir resurtidos por correo, por teléfono, en línea o puede inscribirse para recibir resurtidos automáticos.
- Puede hablar con los farmacéuticos por teléfono. Es fácil comenzar a usar el servicio por correo.

Elija UNO de los siguientes tres modos de usar el servicio por correo para un medicamento que toma de forma continua:

- Llame a FastStart® al número gratuito **1-800-875-0867**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del centro). Un representante le informará cuáles de sus recetas pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Luego, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitarle una receta y le enviará el medicamento por correo.
  - Cuando llame, asegúrese de tener lo siguiente:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico.
    - Su información de pago y dirección de correo postal.
- Inicie sesión en **www.caremark.com/faststart**. Acceder por Internet es una manera rápida y fácil de comenzar a usar el servicio de correo. Una vez que haya ingresado la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar una nueva receta. Si aún no se registró en **www.caremark.com**, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health cuando se registre por primera vez.
- Complete y envíe un formulario del servicio de pedido por correo. Si ya tiene una receta, puede enviársela a CVS Caremark con un formulario del servicio de pedido por correo completo. Si no tiene un formulario de pedido, puede imprimirlo en línea o puede solicitarlo llamando sin cargo al **1-855-271-6603**.
  - Cuando complete el formulario, tenga a mano la siguiente información:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
    - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico.
    - Una lista de sus alergias y otras afecciones de salud que padezca.
    - La receta original que le entregó su médico.

Si necesita obtener una receta de inmediato, pídale a su médico que le extienda dos recetas para el medicamento a largo plazo que debe tomar:

- Una para un suministro a corto plazo (30 días o menos) que pueda obtenerse en una farmacia de la red participante Y
- Una para el suministro máximo de días permitidos por su plan, con resurtidos según sean necesarios. Adjunte esta receta junto con el formulario del servicio de pedido por correo.

### ***¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos o los de mi hijo?***

Si tiene algún problema para obtener los medicamentos, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

***¿Qué sucede si no puedo aprobar el medicamento que ordenó mi médico o el de mi hijo?***

Si no puede comunicarse con su médico o con el de su hijo para aprobar una receta, es posible que usted o su hijo puedan obtener un **suministro de emergencia de tres días** de su medicamento.

Llame a Aetna Better Health al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

***¿Qué es el tratamiento escalonado?***

Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se hayan probado otros antes. La cobertura del tratamiento escalonado (ST) requiere que se pruebe otro medicamento antes de cubrir un medicamento solicitado.

Cuando obtenga un nuevo medicamento con receta, pregúntele al proveedor si necesitamos aprobarlo antes de que pueda recibirlo. Si ese es el caso, consulte si hay otro medicamento que pueda utilizar que no requiera aprobación. Cuando necesitemos aprobar el medicamento, su proveedor debe llamar a Aetna Better Health. Revisaremos la solicitud para aprobar su medicamento. Si el farmacéutico no puede comunicarse con Aetna Better Health para asegurarse de que el medicamento esté aprobado, puede darle un suministro temporal para tres (3) días del nuevo medicamento con receta.

Le informaremos por escrito si no aprobamos su solicitud. También le informaremos cómo comenzar el proceso de apelación.

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

Si pierde sus medicamentos, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Podremos ayudarle a reemplazar sus medicamentos perdidos.

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

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

***¿Qué sucede si yo o mi hija necesitamos píldoras anticonceptivas?***

La farmacia no puede darle a usted ni a su hija píldoras anticonceptivas para prevenir un embarazo. Usted o su hija solo pueden obtener píldoras anticonceptivas si son necesarias para tratar una afección médica.

## Servicios de la vista

---

### ***¿Cómo obtengo servicios de atención oftalmológica para mí o mi hijo?***

Para realizarse controles de la vista u obtener anteojos, llame a Superior Vision al 1-800-520-3711. Los representantes de Servicio al Cliente están disponibles para ayudarle a elegir un médico cerca de usted. También le indicarán lo que debe hacer para obtener sus anteojos o los de su hijo. Se cubre un examen de la vista cada 12 meses. No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria o del de su hijo para hacerse un control de la vista.

## Intervención temprana en la infancia (ECI)

---

### ***¿Qué es la Intervención temprana en la infancia (ECI)?***

La ECI brinda servicios a niños de 0 a 3 años con retrasos en el desarrollo. Algunos de los servicios para niños son los siguientes: exámenes de detección; fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y del lenguaje, y actividades para ayudar a los niños a aprender mejor.

### ***¿Necesita mi hijo una remisión para esto?***

**No** tiene que acudir al médico de su hijo para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llámenos al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

### ***¿Dónde encuentro un proveedor de ECI?***

Si tiene preguntas adicionales o necesita ayuda con estos servicios, llámenos al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

## Servicios dentales

---

### ***¿Cómo obtengo servicios dentales para mi hijo?***

Aetna Better Health pagará algunos servicios dentales de emergencia en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio. Pagaremos por lo siguiente:

- Tratamiento de una mandíbula dislocada.
- Tratamiento del daño traumático en los dientes y estructuras de soporte.
- Extirpación de quistes
- Tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival
- Tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales.

Aetna Better Health cubre hospitales, médicos y servicios médicos relacionados con las afecciones que se mencionan anteriormente. Esto incluye servicios del médico y otros servicios que su hijo pueda necesitar, como la anestesia u otros medicamentos.

El beneficio médico de CHIP proporciona una cobertura dental de emergencia limitada para mandíbula dislocada, daño traumático en los dientes y extirpación de quistes,

**AetnaBetterHealth.com/Texas • 1-866-818-0959** (Bexar) o **1-800-245-5380** (Tarrant)

tratamiento de abscesos orales de origen dental o gingival, tratamiento y dispositivos para anomalías craneofaciales y medicamentos.

El plan dental CHIP de su hijo proporciona todos los demás servicios dentales, incluidos los servicios que ayudan a prevenir las caries y los servicios que solucionan los problemas dentales. Llame al plan dental de CHIP de su hijo para obtener más información sobre los servicios dentales que ofrecen.

## **Servicios de interpretación**

---

### ***¿Puede alguien interpretar para mí cuando hablo con mi médico o el de mi hijo? ¿Con quién debo comunicarme para obtener un intérprete?***

Nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros habla inglés y español. También tenemos una línea de idiomas si no habla inglés o español. Si necesita un intérprete, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. En el momento de su llamada, pondremos un intérprete en la línea que hable su idioma. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar a la línea TTY sin cargo al **1-800-735-2989** o al **7-1-1**.

### ***¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?***

Podemos ayudarle si necesita que un intérprete lo acompañe al consultorio de su médico o al de su hijo. Tan pronto como sepa la fecha de su cita o la de su hijo, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Solicitamos un aviso de 72 horas sobre la necesidad de un intérprete.

## **Salud de la mujer**

---

### ***¿Qué sucede si yo o mi hija necesitamos atención obstétrica o ginecológica? ¿Tengo derecho a elegir un obstetra o ginecólogo?***

Usted tiene derecho a elegir un obstetra o ginecólogo para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria o el de su hija. Un obstetra o un ginecólogo pueden brindarle lo siguiente:

- Control médico de bienestar para la mujer cada año
- Atención relacionada con el embarazo
- Atención de cualquier afección médica que afecte a las mujeres
- Remisión a un médico especial (especialista) dentro de la red

Aetna Better Health les permite a usted o su hija elegir un obstetra o ginecólogo, pero este médico debe estar en la misma red que su proveedor de atención primaria o el de su hija.

### ***¿Cómo elijo a un proveedor obstetra o ginecólogo?***

Consulte nuestro directorio de proveedores para encontrar un proveedor obstetra o ginecólogo para usted o su hija. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en línea en **AetnaBetterHealth.com/Texas** o llamarnos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hija para obtener ayuda para encontrar un obstetra o ginecólogo.

### ***Si no elijo a un obstetra o ginecólogo, ¿tengo acceso directo?***

Tiene derecho a elegir un obstetra o ginecólogo de nuestra red para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

### ***¿Necesitaré una remisión?***

Tiene derecho a elegir un proveedor obstetra, ginecólogo o perinatal de nuestra red para usted o su hija sin una remisión de su proveedor de atención primaria.

### ***¿En cuánto tiempo podremos yo o mi hija obtener una cita luego de contactar a un obstetra o ginecólogo?***

Si usted o su hija están embarazadas, deben verlas dentro de las 2 semanas posteriores a la inscripción o solicitud o hasta la semana 12 de embarazo. Si usted o su hija no están embarazadas, deben verlas dentro de las 3 semanas posteriores a la solicitud de una cita.

### ***¿Es posible que yo o mi hija nos atendamos con un proveedor obstetra o ginecólogo que no forme parte de Aetna Better Health?***

Si usted o su hija han pasado la semana 24 de embarazo al momento de inscribirse, podrán permanecer bajo el cuidado de su proveedor obstetra, ginecólogo o perinatal actual. Si lo desean, pueden elegir un proveedor obstetra, ginecólogo o perinatal que esté en nuestra red, siempre que el médico acepte tratarlas. Si necesita ayuda con los cambios de médico, llame al número gratuito 1-866-818-0959 (Bexar) o al 1-800-245-5380 (Tarrant).

### ***¿Qué sucede si yo o mi hija estamos embarazadas? ¿Con quién debo comunicarme? (\*\* solo para CHIP \*\*)***

Llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hija tan pronto como sepa que usted o su hija están embarazadas. Debe solicitar de inmediato los servicios de Medicaid. Su bebé o el de su hija será inscrito en Medicaid desde el nacimiento hasta que cumpla el año si se inscriben en Medicaid mientras están embarazadas.

**Nota:** Si usted o su hija no se inscriben en Medicaid mientras están embarazadas, tendrán que solicitar cobertura para su recién nacido después de que nazca el bebé. Tenga en cuenta que podría haber una brecha en la cobertura para su bebé.

### ***¿Qué otros servicios/actividades/educación les brinda Aetna Better Health a las mujeres embarazadas?***

Aetna Better Health ofrece a nuestras miembros embarazadas los servicios, las actividades y la educación a continuación:

- **Coordinación de casos:** La coordinación de casos se ofrece a las miembros que están embarazadas. Nuestros administradores de casos ayudan a las miembros a obtener los servicios que puedan necesitar. También podemos ayudarla a obtener las remisiones que necesite.
- **Educación prenatal:** Enviaremos un paquete prenatal a todas las mujeres embarazadas. El paquete contiene información sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo, una lista de clases de parto y mucho más.

### **Miembros con necesidades de atención médica especiales**

---

#### ***¿A quién llamo si yo o mi hijo tenemos necesidades de atención médica especiales y necesito que alguien me ayude?***

Nuestros administradores de casos están listos para ayudar a coordinar servicios para niños con necesidades de atención médica especiales. Usted o su hijo también pueden recibir atención médica de un especialista si tienen necesidades de atención médica especiales.

Si usted o su hijo tienen necesidades de atención médica especiales y necesitan que alguien los ayude, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación o la de su hijo para obtener más información.

### **Facturación del proveedor**

---

#### ***¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?***

Como padre o tutor, debe pagar los copagos de la atención de su hijo. Si considera que no debería haber recibido una factura o necesita ayuda para entenderla, llámenos al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health de su hijo.

Lo ayudaremos a entender la factura. Podemos comunicarnos con el consultorio del médico para que le explique los beneficios de su hijo. También podemos ayudarlo a planificar el pago de la factura. Cuando nos llame, tenga a mano la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health de su hijo y la factura del médico. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo rápidamente.

## **Notificación del Departamento de Servicios para Miembros**

---

### ***¿Qué tengo que hacer si me mudo o si mi hijo se muda?***

Tan pronto como tenga su nueva dirección, comuníquela a la oficina local de la HHSC llamando al **2-1-1** o actualice su cuenta en **YourTexasBenefits.com** y llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

Antes de recibir los servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar a Aetna Better Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Aetna Better Health hasta que la HHSC cambie su dirección.

## **Derechos y responsabilidades del miembro: CHIP/CHIP Perinate Newborn**

---

### ***¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?***

#### **Derechos de los miembros**

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarle a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su hijo.
2. Su plan de salud debe informarle si utilizan una “red limitada de proveedores”. Se trata de un grupo de médicos y otros proveedores que solo derivan pacientes a otros médicos que están en el mismo grupo. “Red limitada de proveedores” significa que no puede ver a todos los médicos que están en su plan de salud. Si su plan de salud utiliza “redes limitadas”, debe verificar que el proveedor de atención primaria de su hijo y cualquier médico especialista que le gustaría consultar sean parte de la misma “red limitada”.
3. Tiene derecho a saber cómo se les paga a sus médicos. Algunos obtienen un pago fijo sin importar la frecuencia de sus visitas. A otros se les paga según los servicios brindados a su hijo. Tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
4. Tiene derecho a saber cómo el plan de salud decide si un servicio está cubierto o si es médicamente necesario. Usted tiene derecho a saber acerca de las personas del plan de salud que deciden esos asuntos.
5. Tiene derecho a saber los nombres de los hospitales y otros proveedores en su plan de salud y sus direcciones.
6. Tiene derecho a elegir sus proveedores de atención médica a partir de una lista que sea lo suficientemente amplia como para que su hijo pueda recibir el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
7. Si un médico dice que su hijo tiene necesidades de atención médica especiales o una discapacidad, es posible que pueda utilizar a un especialista como el proveedor de atención primaria de su hijo. Pregúntele a su plan de salud sobre esto.
8. Los niños a los que se les diagnostica una necesidad de atención médica especial o una discapacidad tienen derecho a recibir atención especial.

9. Si su hijo tiene problemas médicos especiales y el médico que atiende a su hijo abandona su plan de salud, es posible que su hijo pueda continuar viendo al médico durante tres meses y que el plan de salud continúe pagando esos servicios. Consulte a su plan sobre cómo funciona esto.
10. Su hija tiene derecho a consultar a un obstetra o ginecólogo (OB/GYN) participante sin una remisión de su proveedor de atención primaria y sin consultar primero con su plan de salud. Consulte a su plan cómo funciona esto. Algunos planes pueden obligarle a elegir un obstetra o ginecólogo antes de ver a ese médico sin una remisión.
11. Su hijo tiene derecho a servicios de emergencia si razonablemente cree que la vida de su hijo está en peligro o que su salud puede verse gravemente afectada si no recibe atención de inmediato. La cobertura de emergencias está disponible sin la consulta previa a su plan de salud. Es posible que tenga que pagar un copago según sus ingresos. Los copagos no se aplican a los miembros perinatales de CHIP.
12. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica de su hijo.
13. Tiene derecho a hablar por su hijo en todas las opciones de tratamiento.
14. Tiene derecho a obtener una segunda opinión de otro médico en su plan de salud sobre qué tipo de tratamiento necesita su hijo.
15. Tiene derecho a que su plan de salud, sus médicos, sus hospitales y otros proveedores lo traten de manera justa.
16. Tiene derecho a hablar en privado con los médicos y otros proveedores de su hijo, y a que se mantenga la confidencialidad de los registros médicos de su hijo. Tiene derecho a revisar y copiar los registros médicos de su hijo y a solicitar cambios en esos registros.
17. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver problemas con su plan de salud y con los médicos, hospitales y otras personas del plan que le brindan servicios a su hijo. Si su plan de salud dice que no pagará por un servicio o beneficio cubierto que el médico de su hijo considera que es médicamente necesario, tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le informe si cree que su médico o el plan de salud están en lo correcto.
18. Tiene derecho a saber que los médicos, los 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. Su plan de salud no puede impedir que le proporcionen esta información, incluso si la atención o el tratamiento no son servicios cubiertos.
19. Tiene derecho a saber que solo es responsable de pagar los copagos permitidos por los servicios cubiertos. Los médicos, los hospitales y otros no pueden exigirle que pague ningún otro monto por los servicios cubiertos.

### **Responsabilidades de los miembros**

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

1. Debe intentar seguir hábitos saludables. Anime a su hijo a mantenerse alejado del tabaco y a mantener una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones del médico sobre los tratamientos de su hijo.
3. Debe trabajar junto con los médicos de su plan de salud y otros proveedores para elegir tratamientos para su hijo que todos hayan acordado.
4. Si no está de acuerdo con su plan de salud, primero debe intentar resolverlo mediante el proceso de reclamo del plan de salud.
5. Debe saber qué cubre y qué no cubre su plan de salud. Lea el manual para miembros para comprender cómo funcionan las normas.
6. Si programa una cita para su hijo, debe intentar llegar a la cita con el médico a tiempo. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
7. Si su hijo tiene CHIP, usted es responsable de pagar los copagos que les debe a su médico y a otros proveedores. Si su hijo recibe servicios perinatales de CHIP, no tendrá que abonar ningún copago para ese niño.
8. Debe informar el uso indebido de los servicios de CHIP y CHIP perinatal por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
9. Debe hablar con su proveedor acerca de los medicamentos que le recetaron.

Si cree que ha sido tratado injustamente o discriminado, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. al **1-800-368-1019**. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Civiles del DHHS en línea en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

## **Renovación de la cobertura**

### ***Información adicional para todos los miembros del plan ¿Cómo funciona la renovación?***

Es importante que renueve su cobertura de CHIP/Medicaid para Niños o la de su hijo a tiempo; de lo contrario, la cobertura podría finalizar. En su décimo mes de cobertura, la HHSC le enviará por correo un paquete de renovación que contiene una solicitud con parte de su información ya completada.

- Actualice la información según sea necesario.
- Complete todas las preguntas que están en blanco.
- Asegúrese de enviar copias de al menos un recibo de sueldo u otros documentos que muestren los ingresos y los gastos de cada miembro de la familia.
- Deberá completar, firmar y devolver el paquete de renovación utilizando el sobre con la dirección de devolución con el franqueo pagado antes de la fecha límite.
- También puede renovar la información en línea o enviarla por fax.

Llame al **1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669)**, marque 211 o visite [www.yourtexasbenefits.com](http://www.yourtexasbenefits.com) para obtener ayuda para renovar su cobertura.

## Proceso de reclamo

---

### ***¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?***

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para informarnos sobre su problema. Un defensor del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health puede ayudarlo a presentar un reclamo. Simplemente llame al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). La mayoría de las veces podremos ayudarlo de inmediato o en unos pocos días como máximo. Aetna Better Health no puede tomar ninguna medida en su contra como resultado de la presentación de un reclamo.

### ***¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar un reclamo?***

El defensor de miembros puede ayudarlo a presentar un reclamo. El defensor de miembros tomará nota de su inquietud. También puede enviar un reclamo por escrito a un defensor de miembros a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

O llame al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

### ***¿Otra persona puede ayudarme a presentar un reclamo?***

En cualquier momento durante el proceso de reclamos, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver toda la información sobre su reclamo.

### ***¿Cuánto tiempo llevará el procesamiento de mi reclamo? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar un reclamo?***

Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que lo recibimos. Le enviaremos otra carta dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que recibimos su reclamo que le informará los resultados. Esta carta explicará el proceso completo de reclamos y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si el reclamo es por una emergencia por hospitalización o atención continua, Aetna Better Health resolverá su reclamo dentro de un (1) día hábil.

### ***¿Qué sucede si necesito más tiempo?***

Si necesita más tiempo para enviar información sobre su reclamo, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibamos su reclamo para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extiende un reclamo, ampliaremos el plazo para resolverlo otros 14 días. Eso significa que le enviaremos

la carta con los resultados del reclamo dentro de los 44 días a partir de la fecha en la que recibamos su reclamo.

### ***¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?***

Dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, el defensor de miembros le enviará una carta para informarle que su apelación ha sido recibida. El panel de apelaciones revisará la información que presentó y analizará su caso o el de su hijo. No es un tribunal de justicia. Tiene derecho a comparecer ante el panel de apelaciones en un lugar específico para hablar sobre la apelación por escrito que nos envió. Cuando tomemos una decisión sobre su apelación, le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

### ***Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar?***

Si no está satisfecho con la respuesta a su reclamo, también puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas llamando sin cargo al **1-800-252-3439**. Si desea hacer su solicitud por escrito, envíela a:

Texas Department of Insurance  
Consumer Protection  
PO Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091

Si tiene acceso a Internet, puede enviar el reclamo a **[www.tdi.texas.gov/consumer/complaint-health.html](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complaint-health.html)**.

## **Proceso de apelación de una determinación adversa de CHIP**

---

### ***¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?***

Su solicitud de apelación puede hacerse de manera oral o por escrito. Puede llamarnos y solicitar una apelación llamando sin cargo al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y preguntando por el defensor de miembros. Si la apelación se recibe verbalmente, el defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Deberá devolver el formulario al defensor de miembros. Se puede enviar una solicitud por escrito a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

### ***¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí o mi hijo que está cubierto, pero Aetna Better Health lo rechaza o limita?***

Si rechazamos o limitamos la solicitud de su médico para un servicio cubierto para usted o su hijo, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Puede presentar su apelación

verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al aviso que le enviamos en el que se informa que se denegó el servicio o el medicamento. Usted o el médico de su hijo pueden enviarnos más información para demostrar por qué no están de acuerdo con la decisión. Puede llamarnos y solicitar una apelación. El defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Puede enviar una apelación por escrito a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

### ***¿Cómo me enteraré si los servicios son denegados?***

Si se le deniegan los servicios a su hijo, usted y el médico de su hijo recibirán una carta con información sobre el motivo de la denegación. La carta también le informará cómo presentar una apelación y cómo solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente (IRO).

### ***¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?***

El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se denegaron. Para una apelación estándar, el defensor de miembros le enviará una carta dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Enviaremos toda la información disponible a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

Si se encuentra en el hospital o ya está recibiendo servicios que se limitan o se deniegan, puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El proceso de apelación acelerada se explica a continuación.

### ***¿Qué sucede si necesito más tiempo?***

Si necesita más tiempo para enviar información sobre su apelación, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibamos su apelación para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extienda una apelación, extenderemos el plazo para resolver su apelación 14 días. Eso significa que le enviaremos la carta con los resultados de la apelación dentro de los 44 días a partir de la fecha en la que recibamos su apelación. La carta también le informará que, si no está de acuerdo con que extendamos el plazo, puede presentar un reclamo.

### ***¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?***

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por Aetna Better Health sobre un beneficio o servicio, incluida la denegación del pago total o parcial de los servicios, puede solicitar una apelación a Aetna Better Health. No tiene derecho a una apelación si los servicios que solicitó no están cubiertos por el programa CHIP o si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecte a los miembros de CHIP. No tiene derecho a una apelación si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecta a algunos o todos los beneficiarios de Medicaid.

### ***¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar una apelación?***

Puede obtener ayuda para presentar una apelación llamando sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y solicitando hablar con un defensor de miembros, o escribiéndonos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

El defensor de miembros escuchará su apelación y le informará sobre las normas. También responderá sus preguntas y se asegurará de que reciba un trato justo.

### ***¿Puede alguien más ayudarme a presentar una apelación?***

En cualquier momento durante el proceso de apelación, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver información sobre su apelación.

## **Proceso de apelación acelerada**

---

### ***¿Qué es una apelación acelerada?***

Una **apelación acelerada** es cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente según su estado de salud y cuando tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

### ***¿Cómo solicito una apelación acelerada?***

Puede solicitar una apelación acelerada llamándonos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). Puede enviar una apelación acelerada por escrito a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

### ***¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?***

Al igual que una apelación, su solicitud de apelación acelerada puede hacerse de manera oral o por escrito. Puede llamarnos y solicitar una apelación llamando sin cargo al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y preguntando por el defensor de miembros.

### ***¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?***

El plazo para la resolución de su solicitud de apelación acelerada se basará en su afección médica de emergencia y el procedimiento o tratamiento médico, pero no tomará más de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de su solicitud de apelación y hasta setenta y dos horas (72) desde la apelación. Aetna Better Health le informará por escrito la decisión final de la apelación acelerada dentro de las setenta y dos (72) horas.

### ***¿Qué pasa si Aetna Better Health rechaza la solicitud de una apelación acelerada?***

Si solicita una apelación acelerada que no involucre una emergencia, una hospitalización o servicios que ya se están brindando, se le informará que la revisión de la apelación no se puede acelerar. Seguiremos trabajando con la apelación, la transferiremos al plazo habitual de apelación y le responderemos dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su apelación.

### ***¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación acelerada?***

Puede solicitar una apelación llamándonos al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** y preguntando por el defensor de miembros o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

Si cambiamos nuestra decisión después de revisar su apelación o apelación acelerada, aprobaremos su solicitud dentro de las 72 horas de la decisión.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente (IRO). A continuación, se explica el procedimiento para solicitar una revisión por parte de una IRO.

## **Organización de revisión independiente (IRO)**

---

### ***¿Qué es una organización de revisión independiente (IRO)?***

Una organización de revisión independiente (IRO) es una organización que no tiene conexión con nosotros ni con los médicos que anteriormente participaban en su tratamiento o las decisiones que tomamos sobre los servicios que no se brindaron.

### ***¿Cómo solicito una revisión por parte de una organización de revisión independiente?***

Puede solicitar una revisión de una IRO completando el formulario “Solicitud de revisión por parte de una organización de revisión independiente” que se envía junto con la carta que contiene la decisión. Usted tendrá 15 días a partir del día en que reciba nuestra carta de decisión para reenviárnosla. Una vez que obtengamos el formulario completo, enviaremos su solicitud a la organización de revisión independiente (IRO), Maximus, para que la revise. Solicitar una revisión independiente no tiene costo para usted. Si necesita ayuda para completar el formulario de la IRO, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Con gusto lo ayudaremos.

### ***¿Cuáles son los plazos para este proceso?***

Si **no** es una afección potencialmente mortal, será antes de lo que ocurra primero entre:

- 15 días luego de la fecha en que la IRO reciba toda la información que necesita para tomar su decisión;
- 20 días luego de la fecha en que la IRO reciba la solicitud de revisión.

Si se trata de una afección potencialmente mortal, será antes de lo que ocurra primero entre:

- 5 días luego de la fecha en que la IRO reciba toda la información que necesita para tomar su decisión;
- 8 días luego de la fecha en que la IRO reciba la solicitud de revisión.

## **Denuncia de fraude, uso indebido y abuso de CHIP**

---

### ***¿Cómo denuncio a alguien que hace uso indebido o abusa del programa o de los servicios de CHIP? ¿Quiere denunciar uso indebido, abuso o fraude de CHIP?***

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está actuando incorrectamente. Actuar incorrectamente podría ser uso indebido, abuso o fraude, que son ilegales. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien hace algo de lo siguiente:

- Factura servicios de CHIP que no se brindaron o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.

- Permite que otra persona use su identificación de miembro (ID) de CHIP.
- Usa la ID de CHIP de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

**Para denunciar uso indebido, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:**

- Llame a la línea directa de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**;
- Visite el sitio web <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y haga clic en el recuadro rojo “Report Fraud” (Informar fraude) para completar el formulario en línea; o
- Brinde la siguiente información directamente a su plan de salud:  
 Aetna Better Health  
 Attention: SIU Coordinator  
 PO Box 818042  
 Cleveland, OH 44181-8042  
**1-888-761-5440 (número sin cargo)**

**Para denunciar uso indebido, abuso o fraude, reúna tanta información como sea posible.**

- Cuando denuncie a un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:
  - nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
  - nombre y dirección del centro (hospital, hogar de convalecencia, agencia de atención médica a domicilio, etc.)
  - Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
  - Fechas de los sucesos
  - resumen de lo que paso.
- Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:
  - El nombre de la persona
  - Fecha de nacimiento de la persona, número de Seguro Social o número de caso (de tenerlos)
  - Ciudad donde vive la persona
  - Detalles específicos sobre el uso indebido, abuso o fraude

## Subrogación

### ¿Qué es la subrogación?

Podríamos solicitar el pago de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad causada por otra persona. Esta es una disposición de “derecho de subrogación”. Bajo

nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho de recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o podría ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. Podemos solicitar la devolución del costo de los gastos médicos si usted recibe gastos de la otra parte.

## Manual para miembros de CHIP Perinate

---

La siguiente sección de este manual se aplica a nuestros miembros de CHIP Perinate. Un miembro de CHIP Perinate se define como un “futuro bebé”.

### Tarjetas de identificación (ID) de miembro: CHIP Perinate

---

Cuando usted o su hijo se inscriban en nuestros planes, les otorgaremos una tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Usted o su hijo no recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health cada mes. Si nos llama para cambiar su proveedor de atención primaria o el de su hijo, o si cambia su copago o el de su hijo, usted o su hijo recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Cómo leer su tarjeta:** La tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health incluye el nombre y el/los número(s) de teléfono de su proveedor de atención primaria o el de su hijo. Mostrará información de copago en caso de que tenga que pagar por los servicios. La parte posterior de la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health tiene números de teléfono importantes para que llame si necesita ayuda. Asegúrese de que su información personal o la de su hijo que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health sea correcta.

- Identificación de Medicaid: número de identificación del miembro.
- Fecha de entrada en vigor: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el plan de salud.
- PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: nombre y número de teléfono del proveedor de atención primaria.
- Fecha de entrada en vigencia del PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: fecha de entrada en vigencia de la cobertura con el proveedor.
- RxBIN: número de identificación bancaria que utiliza la farmacia para presentar reclamaciones.
- RxGrp: número de grupo de medicamentos recetados que utiliza la farmacia para identificar el plan de salud.
- RxPCN: número de control del procesador que utiliza la farmacia para enviar reclamaciones.
- Se le puede enviar otra tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para CHIP Perinatal, Bexar**

<p><b>Aetna Better Health® of Texas</b> Children's Health Insurance Program TDI</p>   <p>Member name / Nombre del/la miembro Member ID / Identificación del/la miembro Effective date / Fecha de vigencia</p> <p>PCP PCP phone / Teléfono del PCP PCP effective date / Fecha de vigencia del PCP</p> <p>.....</p> <p>Pharmacy coverage  RxBIN: 610591   RxPCN: ADV   RxGRP: RX8801 Pharmacist use only 1-877-874-3317</p> <p style="text-align: right;"><small>TX-21-02-10</small></p>	<p>Co-pays do not apply. No aplican copagos.</p> <p>.....</p> <p>Attention provider You must call 1-866-818-0959 for precertification or case management</p>										
<div style="background-color: #333; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>In case of an emergency, please call 911</b> <b>En caso de una emergencia, por favor llame al 911</b></p> </div> <p>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 child's PCP within 24 hours or as soon as possible. For additional information regarding emergency services, please refer to your Aetna Better Health of Texas member handbook.</p> <p>Instrucciones para lo que debe hacer en caso de una emergencia En caso de emergencia llame al 911 ó vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo/a dentro de 24 horas ó tan pronto como sea posible. Para información adicional sobre los servicios de emergencia, vea su manual del miembro de Aetna Better Health of Texas.</p>	<table border="0"> <tr> <td>Member Services / Servicios para Miembros – 24/7</td> <td style="text-align: right;">1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>Behavioral Health / Salud Mental – 24/7</td> <td style="text-align: right;">1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería</td> <td style="text-align: right;">1-866-818-0959</td> </tr> <tr> <td>Superior Vision</td> <td style="text-align: right;">1-800-879-6901</td> </tr> <tr> <td>Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas</td> <td style="text-align: right;">1-800-735-2989</td> </tr> </table> <p>Mail claims to this address / Envíe las reclamaciones a este domicilio: Claims Processing Center PO Box 982964 El Paso, Texas 79998-2964 Payer ID: 38692</p>	Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-866-818-0959	Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-866-818-0959	24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-866-818-0959	Superior Vision	1-800-879-6901	Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989
Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-866-818-0959										
Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-866-818-0959										
24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-866-818-0959										
Superior Vision	1-800-879-6901										
Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989										

**Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health para CHIP Perinatal, Tarrant**

<p><b>Aetna Better Health® of Texas</b> Children's Health Insurance Program TDI</p>   <p>Member name / Nombre del/la miembro Member ID / Identificación del/la miembro Effective date / Fecha de vigencia</p> <p>PCP PCP phone / Teléfono del PCP PCP effective date / Fecha de vigencia del PCP</p> <p>.....</p> <p>Pharmacy coverage  RxBIN: 610591   RxPCN: ADV   RxGRP: RX8801 Pharmacist use only 1-877-874-3317</p> <p style="text-align: right;"><small>TX-21-02-11</small></p>	<p>Co-pays do not apply. No aplican copagos.</p> <p>.....</p> <p>Attention provider You must call 1-800-245-5380 for precertification or case management</p>
---	--

**In case of an emergency, please call 911  
En caso de una emergencia, por favor llame al 911**

**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 child's PCP within 24 hours or as soon as possible. For additional information regarding emergency services, please refer to your member handbook.

**Instrucciones para lo que debe hacer en caso de una emergencia**

En caso de emergencia llame al 911 ó vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir tratamiento, llame al PCP de su hijo/a dentro de 24 horas ó tan pronto como sea posible. Para información adicional sobre los servicios de emergencia, vea su manual del miembro.

Member Services / Servicios para Miembros – 24/7	1-800-245-5380
Behavioral Health / Salud Mental – 24/7	1-800-245-5380
24-Hour Nurse Line / Línea directa de enfermería	1-800-245-5380
Superior Vision	1-800-879-6901
Relay Texas TTY / Relevo TTY de Texas	1-800-735-2989

**Mail claims to this address / Envíe las reclamaciones a este domicilio:**

Claims Processing Center  
PO Box 982964  
El Paso, Texas 79998-2964  
Payer ID: 38692

**Cómo utilizar su tarjeta:** Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo cuando consulte al médico. La necesitará para obtener atención médica para usted o su hijo. Debe mostrarla cada vez que usted o su hijo reciban servicios.

**Cómo reemplazar su tarjeta o la de su hijo en caso de pérdida o robo:** Llame al Departamento de Servicios para Miembros de inmediato para que podamos enviarle otra tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

## Proveedores de miembros de CHIP Perinate

### ***¿Qué necesito llevar a una cita con un proveedor perinatal?***

Debe llevar los siguientes artículos cuando vaya a su cita médica:

- Tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
- Una lista de todos los medicamentos de venta libre y con receta que toma.
- Papel para tomar notas sobre la información que reciba del médico.

### ***¿Cómo elijo a un proveedor perinatal?***

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores perinatales. Debe seleccionar un proveedor perinatal que sea parte de nuestra red de CHIP Perinate de Aetna Better Health. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en [AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas) o llamando sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Puede una clínica ser un proveedor perinatal? (centro de salud rural, centro de salud con calificación federal)***

Si ha estado recibiendo servicios de atención médica en una clínica y desea continuar yendo allí, elija uno de los médicos de la clínica como su proveedor perinatal. El proveedor perinatal que elija debe aparecer en nuestro directorio de proveedores.

Algunos de los proveedores que también puede elegir para ser su proveedor perinatal son los siguientes: obstetras y ginecólogos (médicos de la mujer); centros locales de salud pública; centros de salud calificadas federalmente (FQHC) y centros de salud rural (RHC).

***¿En cuánto tiempo podré obtener una cita luego de contactar a un proveedor perinatal?***

Un proveedor de atención perinatal debe verlo dentro de las 2 semanas de haber solicitado la cita. Si tiene problemas para programar una cita, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

***¿Puedo atenderme con un proveedor perinatal si no forma parte de CHIP Perinate de Aetna Better Health?***

Si ha pasado la semana 24 de embarazo al momento de inscribirse, podrá permanecer bajo el cuidado de su proveedor perinatal actual. Si lo desea, puede elegir un proveedor perinatal que esté en nuestra red, siempre que el médico acepte tratarle. Estamos a su disposición para ayudarlo con los cambios de médico.

***¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor perinatal o el de mi hijo?***

Si usted o su hijo se enferman durante la noche o en un fin de semana y no pueden esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria o perinatal de su hijo para recibir asesoramiento. El proveedor de atención primaria o perinatal u otro médico suyo o de su hijo están preparados para ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

***¿Cómo puedo obtener atención después del horario de atención?***

Si no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria o el de su hijo, también puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para hablar con un enfermero certificado que lo ayude a tomar decisiones.

## **Información sobre los planes de salud: CHIP Perinate**

---

**Atención:** Si cumple ciertos requisitos de ingresos, su bebé pasará a Medicaid y recibirá 12 meses de cobertura continua de Medicaid desde la fecha de nacimiento.

Su bebé continuará recibiendo servicios a través del programa CHIP si cumple con los requisitos de CHIP Perinatal. Su bebé recibirá 12 meses de cobertura continua de CHIP Perinatal a través de su plan de salud, comenzando con el mes de inscripción como futuro bebé.

***¿Qué sucede si quiero cambiar de plan de salud?***

Se le permite hacer cambios en el plan de salud:

- Por cualquier motivo dentro de los 90 días de la inscripción en el CHIP;

- Con causa, en cualquier momento;
- Si se muda a un área de prestación de servicios diferente; y
- Durante el período de inscripción abierta anual del CHIP.

### ***¿A quién debo llamar?***

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

### ***¿Cuántas veces puedo cambiar de plan de salud?***

No hay un límite en la cantidad de veces que puede cambiar de plan de salud.

### ***¿Cuándo entrará en vigencia el cambio de plan de salud?***

Si llama para cambiar su plan de salud el día 15 del mes o antes, el cambio se realizará el primer día del mes siguiente. Si llama después del día 15 del mes, el cambio se realizará el primer día del segundo mes posterior. Por ejemplo:

- Si llama el 15 de abril o antes, el cambio se efectuará el 1 de mayo.
- Si llama después del 15 de abril, el cambio se efectuará el 1 de junio.

### ***¿Puede Aetna Better Health pedir que me den de baja de su plan de salud por incumplimiento, etc.?***

Su inscripción o la inscripción de su hijo en nuestro plan se cancelará automáticamente en los siguientes casos:

- Usted o su hijo cumplen 19 años.
- Usted o su hijo no se vuelven a inscribir al final del período de elegibilidad de 12 meses.
- Usted o su hijo se mudan fuera del área de servicio de manera permanente.
- Usted o su hijo se inscriben en otro plan de salud o hay un cambio en el estado del seguro de salud (es decir, la cobertura del seguro del empleador).
- Usted continúa yendo o llevando a su hijo a la sala de emergencias cuando no tienen una emergencia.
- Usted o sus hijos presentan un patrón de comportamiento perturbador o abusivo no relacionado con una afección médica.
- Usted o su hijo no asisten a muchas visitas sin avisar a su médico o al de su hijo con anticipación.
- Permite que un tercero utilice su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo.
- A menudo no respeta las recomendaciones de su médico o el de su hijo.

### **Inscripción simultánea de los miembros de la familia en CHIP, CHIP Perinatal y la cobertura de Medicaid para ciertos recién nacidos**

Si tiene hijos inscritos en el programa CHIP, permanecerán en el programa CHIP, pero pasarán a la cobertura de CHIP Perinatal de Aetna Better Health. Los copagos, el costo

compartido y las tarifas de inscripción aún se aplican a los hijos inscritos en el programa CHIP.

El futuro bebé que esté inscrito en CHIP Perinatal pasará a Medicaid y obtendrá una cobertura continua de **Medicaid** durante 12 meses, a partir de la fecha de nacimiento, si el bebé vive en una familia con un ingreso **igual o inferior** al límite de elegibilidad de Medicaid.

El futuro bebé continuará recibiendo cobertura a través del programa CHIP como “**CHIP Perinate Newborn**” a partir de la fecha de nacimiento, si el bebé forma parte de una familia con un ingreso superior al límite de elegibilidad de Medicaid.

## **Información sobre beneficios: CHIP Perinate**

---

### ***¿Cuáles son los beneficios de CHIP Perinatal de mi futuro bebé?***

Para ver una lista completa de los servicios médicos que puede obtener a través de Aetna Better Health, consulte la tabla en las páginas **102-111**. Algunos de sus beneficios tienen límites y también figuran en la tabla. Puede llamar sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para obtener más información sobre los beneficios.

### **Certificado de cobertura acreditable**

Si necesita una prueba de la cobertura de CHIP de su hijo para que lo ayudemos a inscribir a su hijo en otro plan de seguro, llámenos al **1-866-818-0959** (área de servicio de Bexar) o al **1-800-245-5380** (área de servicio de Tarrant). También puede escribir a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Services  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042

Con gusto le entregaremos un certificado de cobertura acreditable cuando lo solicite.

### ***¿Cómo obtengo estos servicios?***

Debe consultar a su proveedor perinatal acerca de los servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo obtener estos u otros servicios, utilice el sitio web **[AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas)** o llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Qué es una remisión? ¿Necesitaré una remisión?***

Una **remisión** es una recomendación del médico para que usted o su hijo consulten a un especialista que no sea su médico de atención primaria (PCP). El médico hablará con

usted acerca de sus necesidades o las de su hijo y lo ayudará a programar una cita con un especialista, si fuera necesario, que pueda brindarle la mejor atención.

Una remisión no es un requisito para su plan de beneficios CHIP/CHIP Perinate.

### ***¿Cuáles son los servicios que no necesitan una remisión?***

El plan de beneficios de CHIP Perinate no requiere remisiones para ningún servicio; sin embargo, hay servicios que pueden necesitar autorización previa.

### ***¿Qué es una autorización previa?***

No es una remisión ni una preautorización. La **autorización previa** es una aprobación que Aetna Better Health requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de ser prestados. Su proveedor tratante o el de su hijo debe obtener esta aprobación. Puede consultar a su médico o a nosotros si necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

### ***¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?***

Llame a su proveedor perinatal para preguntar sobre formas de obtener servicios no cubiertos por CHIP Perinatal.

### ***¿Qué servicios no están cubiertos?***

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan **exclusiones**. Para obtener una lista completa de las exclusiones, consulte la tabla en las páginas **111-113**.

### ***¿Cuáles son los beneficios de medicamentos con receta de mi futuro bebé?***

CHIP Perinate cubre la mayoría de los medicamentos que su futuro bebé necesita. Si tiene preguntas sobre qué medicamentos están cubiertos para su futuro bebé, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi futuro bebé?***

No tiene que acudir a su proveedor de atención primaria para obtener estos servicios. Si tiene preguntas o necesita ayuda con estos servicios, visite el sitio web **[AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas)** o llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Qué clases de educación para la salud ofrece Aetna Better Health?***

Trabajamos con nuestros socios comunitarios para ofrecer clases gratuitas o de bajo costo para padres e hijos. Algunos temas de salud incluyen los siguientes:

Seguridad en el asiento del vehículo	Seguridad contra intoxicaciones	Concientización sobre las drogas y el alcohol	Atención prenatal
Vacunas	Enfermedades de transmisión sexual	Mortalidad infantil	Sesiones para dejar de fumar
Nutrición	Prevención del embarazo adolescente	Salud bucal	Concientización sobre el cuidado de la vista
Acondicionamiento físico	Control del peso		

**¿Qué beneficios adicionales obtiene un miembro de Aetna Better Health? ¿Cómo puedo obtener estos beneficios para mi futuro bebé?**

Los miembros de CHIP Perinate de Aetna Better Health no tienen servicios de valor agregado ni beneficios adicionales en este momento. Si necesita asistencia o recursos adicionales, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health y podemos ayudarle a encontrar recursos comunitarios en su área. Los recursos pueden ser gratuitos o tener costo reducido.

**Los costos que paga de su bolsillo: CHIP Perinate**

***¿Cuánto tengo que pagar por la atención médica de mi futuro bebé en CHIP perinatal?***

No se requieren copagos ni costos compartidos para los servicios cubiertos enumerados en la sección de beneficios de este manual. Si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Los copagos y el costo compartido no se aplican a las madres con CHIP Perinate.**

***¿Tendré que pagar por servicios que no son un beneficio cubierto?***

Si el servicio no es un beneficio cubierto que figure en la tabla de beneficios de este manual, tendrá que pagar por el servicio. Si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

**Atención médica y otros servicios: CHIP Perinate**

***¿Qué significa “médicamente necesario”?***

Los servicios cubiertos para los miembros de CHIP, los miembros de CHIP Perinate Newborn y los miembros de CHIP Perinate deben cumplir con la definición de CHIP de “médicamente necesario”. Un miembro de CHIP Perinate es un futuro bebé.

**Médicamente necesario** significa lo siguiente:

1. Servicios de atención médica que cumplan con lo siguiente:
  - a. Sean razonables y necesarios para prevenir enfermedades o afecciones médicas o proporcionar exámenes de detección, intervenciones o tratamientos tempranos para afecciones que causan dolor o sufrimiento, causan deformidades físicas o limitaciones en la función, amenazan con causar o empeorar una discapacidad, causan enfermedades o dolencias o ponen en peligro la vida del miembro.
  - b. Se proporcionen en centros adecuados y en los niveles adecuados de atención para el tratamiento de las afecciones de salud de un miembro.
  - c. Sigam las pautas y estándares de la práctica de atención médica que están respaldados por organizaciones de atención médica o agencias gubernamentales reconocidas profesionalmente.
  - d. Sean coherentes con los diagnósticos de los miembros.
  - e. Sean menos invasivos o restrictivos de lo necesario para proporcionar un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia.
  - f. No sean experimentales ni investigativos.
  - g. No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.
  
2. Servicios de salud conductual
  - a. Sean razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de un trastorno de salud mental o de dependencia química o para mejorar, mantener o prevenir el deterioro del funcionamiento resultante de dicho trastorno.
  - b. Sigam las pautas clínicas y los estándares de práctica profesionalmente aceptados en la atención de la salud conductual.
  - c. Se suministren en el entorno más adecuado y menos restrictivo en el que los servicios puedan prestarse de manera segura.
  - d. Se correspondan con el nivel o el suministro de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de manera segura.
  - e. No se puedan omitir sin afectar negativamente la salud mental o física del miembro, o la calidad de la atención prestada.
  - f. No sean experimentales ni investigativos.
  - g. No estén destinados principalmente a la conveniencia del miembro o el proveedor.

***¿Qué es la atención médica de rutina? ¿En cuánto tiempo pueden atenderme?***

**La atención médica de rutina** es la atención que no sea de emergencia o urgencia que usted o su hijo reciben de su proveedor de atención primaria, proveedor perinatal u otro proveedor de atención médica.

El proveedor perinatal que elija la ayudará con toda su atención médica prenatal. Su proveedor de atención perinatal la conocerá y le hará controles regulares a usted y a su futuro bebé. Este tipo de atención se conoce como atención médica de rutina. Su proveedor perinatal le dará recetas de medicamentos y suministros médicos y la enviará a un especialista si es necesario durante su embarazo. Es importante que siga los consejos de su proveedor de atención perinatal y participe en las decisiones sobre su embarazo.

Cuando necesite atención, llame a su proveedor de atención perinatal. Alguien en el consultorio del médico o en la clínica programará una cita para usted. Es muy importante que asista a estas citas. Su proveedor de atención perinatal debe poder verla dentro de las dos (2) semanas posteriores a la solicitud de la cita de atención de rutina. Llame temprano para programar citas. Si no puede asistir a su cita, devuelva la llamada para informar al proveedor perinatal.

### ***¿Qué es la atención médica de urgencia? ¿En cuánto tiempo pueden atenderme?***

**La atención de urgencia** es cuando usted o su hijo tienen un problema médico que no es una emergencia, como un resfriado, tos, cortes pequeños, quemaduras leves o moretones.

Primero debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo o a su proveedor perinatal al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Si desea hablar con un enfermero, puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555**. El enfermero puede ayudarle a decidir si usted o su hijo necesitan acudir a la sala de emergencias.

Muchas enfermedades no necesitan ser tratadas en la sala de emergencias. Un resfrío, tos, una erupción cutánea, cortes pequeños, quemaduras leves o moretones no son motivos razonables para acudir a la sala de emergencias. Si usted o su hijo necesitan atención de urgencia, el proveedor de atención primaria o perinatal debe atenderlo a usted o a su hijo dentro de las 24 horas posteriores a la solicitud de atención.

### ***¿Qué es una emergencia y una afección médica de emergencia?***

Un miembro de CHIP Perinate se define como un futuro bebé. La atención de emergencia es un servicio cubierto si se relaciona directamente con el parto del futuro bebé hasta el nacimiento. La atención de emergencia se provee para las siguientes afecciones médicas de emergencia:

- Exámenes médicos de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del futuro bebé con cobertura.
- Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del futuro bebé con cobertura.
- El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y el parto en riesgo es un beneficio cubierto.

- El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para una emergencia relacionada con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina) son un beneficio cubierto.

Límites de beneficios: Los servicios posparto o las complicaciones que deriven en la necesidad de servicios de emergencia de CHIP Perinate para la madre no están cubiertos.

### ***¿Qué son los servicios de emergencia o la atención de emergencia?***

Los “**servicios de emergencia**” o la “**atención de emergencia**” son servicios cubiertos para pacientes internados y externos proporcionados por un proveedor que está calificado para brindar dichos servicios y que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia, incluidos los servicios de atención de posestabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del futuro bebé.

### ***¿En cuánto tiempo pueden atenderme?***

Independientemente del plan CHIP en el que esté inscrito, debe ser atendido de inmediato si usted o su hijo necesitan atención de emergencia. Ya sea que se encuentre dentro o fuera de nuestras áreas de servicio, le pedimos que siga las siguientes pautas cuando considere que usted o su hijo necesitan atención de emergencia.

- Llame al **911** o a la línea directa de emergencia local, o bien diríjase al centro de emergencia más cercano. Si la demora no es perjudicial para su salud o la de su hijo, llame a su proveedor de atención primaria o al de su hijo. Informe a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible después de recibir tratamiento.
- Tan pronto como se estabilice su afección médica o la de su hijo, el centro de emergencia debe llamar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo para obtener información sobre su historia clínica o la de su hijo.
- Si usted o su hijo ingresan en un centro para pacientes internados, usted, un pariente o un amigo en su nombre deben informar a su proveedor de atención primaria o al de su hijo lo antes posible.

Los siguientes son algunos motivos razonables para acudir a la sala de emergencias:

- Peligro de perder una extremidad o la vida
- Dolores fuertes en el pecho
- Envenenamiento o sobredosis de medicamentos
- Asfixia o problemas para respirar
- Posibles fracturas de huesos
- Diarrea o vómitos incontrolados
- Sangrado abundante
- Lesiones o quemaduras graves
- Desmayos
- No poder moverse de repente (parálisis)
- Ser víctima de un ataque violento (violación, asalto, puñalada o herida de bala)

- Usted o su hijo tienen pensamientos de hacerse daño a sí mismos o a los demás
- Estar a punto de dar a luz a un bebé

## **Atención después del horario de atención: CHIP Perinate**

---

### ***¿Cómo obtengo atención médica después del horario de atención de mi proveedor de atención primaria?***

Si su consultorio de atención primaria está cerrado y usted se enferma durante la noche o el fin de semana y no puede esperar para recibir atención médica, llame a su proveedor de atención primaria para recibir asesoramiento. Su médico de atención primaria u otro médico están preparados para ayudarlo por teléfono durante las 24 horas, los 7 días de la semana. También puede llamar a la línea de enfermería las 24 horas al **1-800-556-1555** para que le ayuden a decidir qué hacer.

### ***¿Qué sucede si me enfermo cuando estoy fuera de la ciudad o de viaje?***

Si usted o su hijo necesitan atención médica durante un viaje, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) y le ayudaremos a encontrar un médico.

Si usted o su hijo necesitan servicios de **emergencia** durante un viaje, diríjase a un hospital cercano y luego llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

### ***¿Qué sucede si estoy fuera del estado?***

Si usted o su hijo tienen una emergencia fuera del estado, acuda a la sala de emergencias más cercana para recibir atención. Si usted o su hijo se enferman y necesitan atención médica mientras se encuentran fuera del estado, llame a su médico o clínica de Aetna Better Health. Su médico puede decirle lo que debe hacer si no se siente bien. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health antes de que lo atiendan. Haga que el médico nos llame para obtener un número de autorización. El número de teléfono al que el médico debe llamar aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Qué sucede si estoy fuera del país?***

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

### ***¿Qué es una remisión?***

Una **remisión** es una recomendación del médico para que usted o su hijo consulten a un especialista que no sea su médico de atención primaria (PCP). El médico hablará con usted acerca de sus necesidades o las de su hijo y lo ayudará a programar una cita con un especialista, si fuera necesario, que pueda brindarle la mejor atención.

Una remisión no es un requisito para su plan de beneficios de CHIP Perinate.

### ***¿Cuáles son los servicios que no necesitan una remisión?***

Los miembros de CHIP Perinate no necesitan remisiones para ningún servicio; sin embargo, hay servicios que pueden necesitar autorización previa.

### ***¿Qué es una autorización previa?***

No es una remisión ni una preautorización. La **autorización previa** es una aprobación que Aetna Better Health requiere para ciertos servicios y medicamentos. Algunos servicios necesitan aprobación antes de ser prestados. Su proveedor tratante o el de su hijo debe obtener esta aprobación. Puede consultar a su médico o a nosotros si necesita una aprobación para un servicio o tratamiento.

### ***¿Qué sucede si necesito servicios que no están cubiertos por CHIP Perinatal?***

Llame a su proveedor perinatal para preguntar sobre formas de obtener servicios no cubiertos por CHIP Perinatal.

## **Farmacia y medicamentos: CHIP Perinate**

---

### ***¿Cómo obtengo mis medicamentos?***

CHIP Perinatal cubre la mayoría de los medicamentos que su médico dice que necesita para su embarazo. Su médico le escribirá una receta para que pueda llevarla a la farmacia, o pueden enviarle la receta a la farmacia por usted.

**No** se requieren copagos para los miembros de CHIP Perinate.

### ***¿Cómo encuentro una farmacia de la red?***

Puede encontrar una farmacia de la red de dos maneras:

- Visite nuestro sitio web **[AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas)** y luego busque una farmacia en su área.
- Llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). Pídale al representante que lo ayude a encontrar una farmacia de la red en su área.

### ***¿Qué sucede si voy a una farmacia que no está en la red?***

Los medicamentos con receta que obtiene en otras farmacias que no pertenecen a la red de Aetna Better Health no estarán cubiertos. Todos los medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia de la red.

### ***¿Qué debo llevar a la farmacia?***

Deberá llevar la receta que su médico le hizo a usted o a su hijo. También deberá mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### **¿Qué sucede si necesito que me envíen mis medicamentos?**

Si usted toma medicamentos para una afección continua, puede pedir que le envíen sus medicamentos por correo a su hogar. CVS Caremark es su farmacia de servicio por correo. Si elige esta opción, recibirá el medicamento directamente en su hogar. Puede programar sus resurtidos y consultar a los farmacéuticos si tiene preguntas. Estas son algunas de las características de la entrega a domicilio:

- Los farmacéuticos controlan cada pedido para su seguridad.
- Puede pedir resurtidos por correo, por teléfono, en línea o puede inscribirse para recibir resurtidos automáticos.
- Puede hablar con los farmacéuticos por teléfono. Es fácil comenzar a usar el servicio por correo.

Elija UNO de los siguientes tres modos de usar el servicio por correo para un medicamento que toma de forma continua:

- Llame a FastStart® al número gratuito **1-800-875-0867**, de lunes a viernes, de 07:00 a. m. a 07:00 p. m. (hora del centro). Un representante le informará cuáles de sus recetas pueden surtirse a través de la farmacia de servicio por correo CVS Caremark. Luego, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitarle una receta y le enviará el medicamento por correo.
  - Cuando llame, asegúrese de tener lo siguiente:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico.
    - Su información de pago y dirección de correo postal.
- Inicie sesión en **www.caremark.com/faststart**. Acceder por Internet es una manera rápida y fácil de comenzar a usar el servicio de correo. Una vez que haya ingresado la información necesaria, CVS Caremark se comunicará con su médico para solicitar una nueva receta. Si aún no se registró en **www.caremark.com**, asegúrese de tener a mano su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health cuando se registre por primera vez.
- Complete y envíe un formulario del servicio de pedido por correo. Si ya tiene una receta, puede enviársela a CVS Caremark con un formulario del servicio de pedido por correo completo. Si no tiene un formulario de pedido, puede imprimirlo en línea o puede solicitarlo llamando sin cargo al **1-855-271-6603**.
  - Cuando complete el formulario, tenga a mano la siguiente información:
    - Su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.
    - Su dirección de correo postal completa, incluido el código postal.
    - El nombre, apellido y número de teléfono de su médico.
    - Una lista de sus alergias y otras afecciones de salud que padezca.
    - La receta original que le entregó su médico.

Si necesita obtener una receta de inmediato, pídale a su médico que le extienda dos recetas para el medicamento a largo plazo que debe tomar:

- Una para un suministro a corto plazo (30 días o menos) que pueda obtenerse en una farmacia de la red participante Y
- Una para el suministro máximo de días permitidos por su plan, con resurtidos según sean necesarios. Adjunte esta receta junto con el formulario del servicio de pedido por correo.

### ***¿A quién llamo si tengo problemas para obtener mis medicamentos?***

Si tiene algún problema para obtener los medicamentos, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Qué sucede si no puedo aprobar el medicamento que ordenó mi médico o el de mi hijo?***

Si no puede comunicarse con su médico o con el de su hijo para aprobar una receta, es posible que su hijo pueda obtener un **suministro de emergencia de tres días** de su medicamento.

Llame a Aetna Better Health al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para obtener ayuda con sus medicamentos y resurtidos.

### ***¿Qué es el tratamiento escalonado?***

Algunos medicamentos no se aprueban a menos que se hayan probado otros antes. La cobertura del tratamiento escalonado (ST) requiere que se pruebe otro medicamento antes de cubrir un medicamento solicitado.

Cuando obtenga un nuevo medicamento con receta, pregúntele al proveedor si necesitamos aprobarlo antes de que pueda recibirlo. Si ese es el caso, consulte si hay otro medicamento que pueda utilizar que no requiera aprobación. Cuando necesitemos aprobar el medicamento, su proveedor debe llamar a Aetna Better Health. Revisaremos la solicitud para aprobar su medicamento. Si el farmacéutico no puede comunicarse con Aetna Better Health para asegurarse de que el medicamento esté aprobado, puede darle un suministro temporal para tres (3) días del nuevo medicamento con receta.

Le informaremos por escrito si no aprobamos su solicitud. También le informaremos cómo comenzar el proceso de apelación.

### ***¿Qué sucede si pierdo mi(s) medicamento(s)?***

Si pierde sus medicamentos, llámenos sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health. Podremos ayudarle a reemplazar sus medicamentos perdidos.

### ***¿Qué sucede si yo o mi hijo necesitamos un medicamento de venta libre?***

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

## **Servicios de interpretación: CHIP Perinate**

---

### ***¿Puede alguien interpretarme cuando hablo con mi proveedor perinatal? ¿Con quién debo comunicarme para obtener un intérprete?***

Nuestro personal del Departamento de Servicios para Miembros habla inglés y español. Tenemos una línea de idiomas si no habla inglés o español. Si necesita un intérprete, llámenos sin cargo. En el momento de su llamada, pondremos un intérprete en la línea que hable su idioma. Las personas sordas o con problemas de audición pueden llamar a la línea TTY sin cargo al **1-800-735-2989** o al **7-1-1**.

### ***¿Cómo puedo obtener un intérprete en persona en el consultorio del proveedor? ¿Con cuánta anticipación debo llamar?***

Podemos ayudarle si necesita que un intérprete lo acompañe al consultorio de su médico o al de su hijo. Tan pronto como sepa la fecha de su cita o la de su hijo, llámenos al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Solicitamos un aviso de 72 horas sobre la necesidad de un intérprete.

## **Elección de un proveedor: CHIP Perinate**

---

### ***¿Cómo elijo a un proveedor perinatal?***

Consulte nuestro directorio de proveedores para obtener más información sobre los proveedores perinatales. Debe seleccionar un proveedor perinatal que sea parte de nuestra red de CHIP Perinate de Aetna Better Health. Puede obtener una copia del directorio de proveedores en [AetnaBetterHealth.com/Texas](https://www.AetnaBetterHealth.com/Texas) o llamando sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health.

### ***¿Qué es una remisión? ¿Necesitaré una remisión?***

Una **remisión** es una recomendación del médico para que usted o su hijo consulten a un especialista que no sea su médico de atención primaria (PCP). El médico hablará con usted acerca de sus necesidades o las de su hijo y lo ayudará a programar una cita con un especialista, si fuera necesario, que pueda brindarle la mejor atención.

Una remisión no es un requisito para su plan de beneficios CHIP/CHIP Perinate.

***¿En cuánto tiempo podré obtener una cita luego de contactar a un proveedor perinatal?***

Un proveedor de atención perinatal debe verlo dentro de las 2 semanas de haber solicitado la cita. Si tiene problemas para programar una cita, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

***¿Puedo atenderme con un proveedor perinatal si no forma parte de CHIP Perinate de Aetna Better Health?***

Si ha pasado la semana 24 de embarazo al momento de inscribirse, podrá permanecer bajo el cuidado de su proveedor perinatal actual. Si lo desea, puede elegir un proveedor perinatal que esté en nuestra red, siempre que el médico acepte tratarle. Estamos a su disposición para ayudarle con los cambios de médico.

***¿Puedo elegir el proveedor de atención primaria de mi bebé antes de que nazca? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitan?***

Sí, puede elegir un proveedor de atención primaria antes de que nazca su hijo. Para hacer esto, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) y solicite un directorio de proveedores de Aetna Better Health.

Recuerde: El proveedor de atención primaria será a quien llame cuando su hijo necesite atención. El proveedor de atención primaria de su hijo de los planes Aetna Better Health CHIP o Aetna Better Health CHIP Texas Perinate Newborn también forma parte de una "red". Cuando elige este proveedor de atención primaria, también elige la red de este proveedor de atención primaria. Esto significa que no debe llevar a su hijo a otro proveedor que no esté en la red del proveedor de atención primaria, incluso si este proveedor figura en el directorio de proveedores de Aetna Better Health.

Consulte en el directorio de proveedores de Aetna Better Health los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores de atención primaria o pediatras de dicho programa, o llame sin cargo al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para obtener ayuda. También puede ver o imprimir una copia del directorio de proveedores en [AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas).

## **Facturación del proveedor: CHIP Perinate**

---

***¿Qué sucede si recibo una factura de mi médico? ¿A quién debo llamar? ¿Qué información necesitarán?***

Como padre o tutor, debe pagar los copagos de la atención de su hijo. Si considera que no debería haber recibido una factura o necesita ayuda para entenderla, llámenos al número gratuito que figura en la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health de su hijo.

Lo ayudaremos a entender la factura. Podemos comunicarnos con el consultorio del médico para que le explique los beneficios de su hijo. También podemos ayudarlo a planificar el pago de la factura. Cuando nos llame, tenga a mano la tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health de su hijo y la factura del médico. Necesitaremos esta información para poder ayudarlo rápidamente.

## **Notificación del Departamento de Servicios para Miembros: CHIP Perinate**

---

### ***¿Qué tengo que hacer si me mudo?***

Tan pronto como tenga su nueva dirección, comuníquela a la oficina local de la HHSC llamando al **2-1-1** o actualice su cuenta en [YourTexasBenefits.com](http://YourTexasBenefits.com) y llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

Antes de recibir los servicios de CHIP en su nueva área, debe llamar a Aetna Better Health, a menos que necesite servicios de emergencia. Continuará recibiendo atención a través de Aetna Better Health hasta que la HHSC cambie su dirección.

## **Derechos y responsabilidades de los miembros: CHIP Perinate**

---

### ***¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades?***

#### **Derechos de los miembros**

1. Tiene derecho a obtener información precisa y fácil de entender para ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre el plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores de su futuro bebé.
2. Tiene derecho a saber cómo se les paga a los proveedores perinatales. Algunos pueden obtener un pago fijo sin importar la frecuencia de sus visitas. A otros se les paga según los servicios brindados a su futuro bebé. Tiene derecho a saber cuáles son esos pagos y cómo funcionan.
3. Tiene derecho a saber cómo el plan de salud decide si un servicio perinatal está cubierto o si es médicamente necesario. Usted tiene derecho a saber acerca de las personas del plan de salud que deciden esos asuntos.
4. Tiene derecho a saber los nombres de los hospitales y otros proveedores perinatales en su plan de salud y sus direcciones.
5. Tiene derecho a elegir sus proveedores de atención médica a partir de una lista que sea lo suficientemente amplia como para que su futuro bebé pueda recibir el tipo de atención adecuada cuando la necesite.
6. Tiene derecho a recibir servicios perinatales de emergencia si razonablemente cree que la vida de su futuro bebé está en peligro o que su salud puede verse gravemente afectada si no recibe atención de inmediato. La cobertura de dichas emergencias está disponible sin la consulta previa a su plan de salud.

7. Tiene el derecho y la responsabilidad de participar en todas las decisiones sobre la atención médica de su futuro bebé.
8. Tiene derecho a hablar por su futuro bebé en todas las opciones de tratamiento.
9. Tiene derecho a que su plan de salud, los médicos, los hospitales y otros proveedores la traten de manera justa.
10. Tiene derecho a hablar en privado con su proveedor perinatal y a que se mantenga la confidencialidad de sus registros médicos. Tiene derecho a revisar y copiar sus registros médicos y a solicitar cambios en esos registros.
11. Tiene derecho a un proceso justo y rápido para resolver problemas con el plan de salud y con los médicos, hospitales y otras personas del plan que le brindan servicios perinatales a su futuro bebé. Si el plan de salud dice que no pagará por un servicio o beneficio perinatal cubierto que el médico de su futuro bebé considera que es médicamente necesario, tiene derecho a que otro grupo, fuera del plan de salud, le informe si cree que su médico o el plan de salud están en lo correcto.
12. Tiene derecho a saber que los médicos, los hospitales y otros proveedores perinatales pueden brindarle información sobre su estado de salud, atención médica o tratamiento o el de su futuro bebé. Su plan de salud no puede impedir que le proporcionen esta información, incluso si la atención o el tratamiento no son servicios cubiertos.
13. Tiene derecho a no ser retenido ni recluido para conveniencia de otra persona, para obligarlo a hacer algo que no quiere hacer o para castigarlo.

### **Responsabilidades de los miembros**

Tanto usted como su plan de salud tienen interés en que su bebé nazca sano. Usted puede ayudar asumiendo estas responsabilidades.

1. Debe intentar seguir hábitos saludables. Manténgase alejada del tabaco y mantenga una dieta saludable.
2. Debe participar en las decisiones sobre la atención de su futuro bebé.
3. Si no está de acuerdo con el plan de salud, primero debe intentar resolverlo mediante el proceso de reclamo del plan de salud.
4. Debe saber qué cubre y qué no cubre su plan de salud. Lea el manual del programa CHIP perinatal para comprender cómo funcionan las normas.
5. Debe intentar llegar al consultorio del médico a tiempo. Si no puede asistir a la cita, asegúrese de llamar y cancelarla.
6. Debe informar el uso indebido de los servicios de CHIP perinatal por parte de los proveedores de atención médica, otros miembros o los planes de salud.
7. Debe hablar con su proveedor acerca de los medicamentos que le recetaron.

Si cree que ha sido tratado injustamente o discriminado, llame sin cargo al Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS) de los EE. UU. al **1-800-368-1019**. También puede obtener información sobre la Oficina de Derechos Civiles del DHHS en línea en [\*\*www.hhs.gov/ocr\*\*](http://www.hhs.gov/ocr).

## Renovación de la cobertura: CHIP Perinate

---

### ***¿Cuándo finaliza la cobertura perinatal de CHIP? ¿El estado me enviará algo cuando finalice mi cobertura de CHIP Perinatal?***

La cobertura de CHIP perinatal finaliza el último día del mes de nacimiento del bebé. Sí, el estado le enviará una carta en la que le indicará cuándo finaliza su cobertura.

### ***Información adicional para todos los miembros del plan ¿Cómo funciona la renovación?***

Es importante que renueve su cobertura de CHIP/Medicaid para Niños o la de su hijo a tiempo; de lo contrario, la cobertura podría finalizar. En su décimo mes de cobertura, la HHSC le enviará por correo un paquete de renovación que contiene una solicitud con parte de su información ya completada.

- Actualice la información según sea necesario.
- Complete todas las preguntas que están en blanco.
- Asegúrese de enviar copias de al menos un recibo de sueldo u otro documento que muestre los ingresos y los gastos de cada miembro de la familia.
- Firme y feche la solicitud y luego envíela utilizando el sobre con la dirección de devolución con el franqueo pagado. La falta de información o documentos pueden ocasionar una demora en el procesamiento de su aplicación.
- También puede renovar la información en línea o enviarla por fax.

Llame al **1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669)**, marque 211 o visite **[www.yourtexasbenefits.com](http://www.yourtexasbenefits.com)** para obtener ayuda para renovar su cobertura.

## Proceso de reclamo

---

### ***¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?***

Queremos ayudar. Si tiene un reclamo, llámenos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant) para informarnos sobre su problema. Un defensor del Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Better Health puede ayudarlo a presentar un reclamo. Simplemente llame al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). La mayoría de las veces podremos ayudarlo de inmediato o en unos pocos días como máximo. Aetna Better Health no puede tomar ninguna medida en su contra como resultado de la presentación de un reclamo.

### ***¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar un reclamo?***

El defensor de miembros puede ayudarle a presentar un reclamo. El defensor de miembros tomará nota de su inquietud. También puede enviar un reclamo por escrito a un defensor de miembros a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181  
O llame al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant).

### ***¿Otra persona puede ayudarme a presentar un reclamo?***

En cualquier momento durante el proceso de reclamos, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver toda la información sobre su reclamo.

### ***¿Cuánto tiempo llevará el procesamiento de mi reclamo? ¿Cuáles son los requisitos y los plazos para presentar un reclamo?***

Cuando recibamos su reclamo, le enviaremos una carta en un plazo de cinco (5) días para informarle que lo recibimos. Le enviaremos otra carta dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que recibimos su reclamo que le informará los resultados. Esta carta explicará el proceso completo de reclamos y apelaciones. También le informará sobre sus derechos de apelación. Si el reclamo es por una emergencia por hospitalización o atención continua, Aetna Better Health resolverá su reclamo dentro de un (1) día hábil.

### ***¿Qué sucede si necesito más tiempo?***

Si necesita más tiempo para enviar información sobre su reclamo, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibamos su reclamo para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extiende un reclamo, ampliaremos el plazo para resolverlo otros 14 días. Eso significa que le enviaremos la carta con los resultados del reclamo dentro de los 44 días a partir de la fecha en la que recibamos su reclamo.

### ***¿Tengo derecho a reunirme con un panel de apelación de reclamos?***

Dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, el defensor de miembros le enviará una carta para informarle que su apelación ha sido recibida. El panel de apelaciones revisará la información que presentó y analizará su caso o el de su hijo. No es un tribunal de justicia. Tiene derecho a comparecer ante el panel de

apelaciones en un lugar específico para hablar sobre la apelación por escrito que nos envió. Cuando tomemos una decisión sobre su apelación, le enviaremos una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

***Si no estoy satisfecho con el resultado, ¿a quién más puedo contactar?***

Si no está satisfecho con la respuesta a su reclamo, también puede presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas llamando sin cargo al **1-800-252-3439**. Si desea hacer su solicitud por escrito, envíela a:

Texas Department of Insurance  
Consumer Protection  
PO Box 149091  
Austin, Texas 78714-9091

Si tiene acceso a Internet, puede enviar el reclamo a **[www.tdi.texas.gov/consumer/complaint-health.html](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complaint-health.html)**.

## **Proceso de apelación de una determinación adversa de CHIP**

---

***¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?***

Su solicitud de apelación puede hacerse de manera oral o por escrito. Puede llamarnos y solicitar una apelación llamando sin cargo al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y preguntando por el defensor de miembros. Si la apelación se recibe verbalmente, el defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Deberá devolver el formulario al defensor de miembros.

***¿Qué puedo hacer si mi médico solicita un servicio o medicamento para mí o mi hijo que está cubierto, pero Aetna Better Health lo rechaza o limita?***

Si rechazamos o limitamos la solicitud de su médico para un servicio cubierto para usted o su hijo, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Puede presentar su apelación verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al aviso que le enviamos en el que se informa que se denegó el servicio o el medicamento. Usted o el médico de su hijo pueden enviarnos más información para demostrar por qué no están de acuerdo con la decisión. Puede llamarnos y solicitar una apelación. El defensor de miembros tomará nota de la información y se la enviará para que la revise. Puede enviar una apelación por escrito a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

### ***¿Cómo me enteraré si los servicios son denegados?***

Si se le deniegan los servicios a su hijo, usted y el médico de su hijo recibirán una carta con información sobre el motivo de la denegación. La carta también le informará cómo presentar una apelación y cómo solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente (IRO).

### ***¿Cuáles son los plazos del proceso de apelación?***

El plazo para la resolución de la apelación dependerá de los servicios que se denegaron. Para una apelación estándar, el defensor de miembros le enviará una carta dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación para informarle que la recibimos. Enviaremos toda la información disponible a un médico que no haya participado en la toma de la primera decisión. Recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la apelación.

Si se encuentra en el hospital o ya está recibiendo servicios que se limitan o se deniegan, puede llamar y solicitar una apelación acelerada. El proceso de apelación acelerada se explica a continuación.

### ***¿Qué sucede si necesito más tiempo?***

Si necesita más tiempo para enviar información sobre su apelación, puede solicitar una extensión. Si necesitamos más tiempo, le enviaremos una carta dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que recibamos su apelación para informarle que necesitamos más tiempo y por qué es mejor para usted que tomemos la extensión. Cuando se extienda una apelación, extenderemos el plazo para resolver su apelación 14 días. Eso significa que le enviaremos la carta con los resultados de la apelación dentro de los 44 días a partir de la fecha en la que recibamos su apelación. La carta también le informará que, si no está de acuerdo con que extendamos el plazo, puede presentar un reclamo.

### ***¿Cuándo tengo derecho a solicitar una apelación?***

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por Aetna Better Health sobre un beneficio o servicio, incluida la denegación del pago total o parcial de los servicios, puede solicitarnos una apelación. No tiene derecho a una apelación si los servicios que solicitó no están cubiertos por el programa CHIP o si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecte a los miembros de CHIP. No tiene derecho a una apelación si se realiza un cambio en la ley estatal o federal que afecta a algunos o todos los beneficiarios de Medicaid.

### ***¿Alguien de Aetna Better Health puede ayudarme a presentar una apelación?***

Puede obtener ayuda para presentar una apelación llamando sin cargo al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y solicitando hablar con un defensor de miembros, o escribiéndonos a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

El defensor de miembros escuchará su apelación y le informará sobre las normas. También responderá sus preguntas y se asegurará de que reciba un trato justo.

### ***¿Puede alguien más ayudarme a presentar una apelación?***

En cualquier momento durante el proceso de apelación, puede solicitarle a alguien que lo ayude o que actúe en su nombre. Puede ser cualquier persona que conozca, un familiar, un amigo, un tutor, un médico o un abogado. Esta persona será “su representante”. Si decide que alguien lo represente o actúe en su nombre, infórmenos por escrito el nombre de esa persona y cómo podemos contactarla. Usted o su representante pueden solicitar ver información sobre su apelación.

## **Proceso de apelación acelerada**

---

### ***¿Qué es una apelación acelerada?***

Una **apelación acelerada** es cuando el plan de salud tiene que tomar una decisión rápidamente según su estado de salud y cuando tomarse el tiempo para una apelación estándar podría poner en peligro su vida o salud.

### ***¿Cómo solicito una apelación acelerada?***

Puede solicitar una apelación acelerada llamándonos sin cargo al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** (Tarrant). Puede enviar una apelación acelerada por escrito a:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

### ***¿Mi solicitud tiene que ser por escrito?***

Al igual que una apelación, su solicitud de apelación acelerada puede hacerse de manera oral o por escrito. Puede llamarnos y solicitar una apelación llamando sin cargo al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo y preguntando por el defensor de miembros.

### ***¿Cuáles son los plazos para una apelación acelerada?***

El plazo para la resolución de su solicitud de apelación acelerada se basará en su afección médica de emergencia y el procedimiento o tratamiento médico. No tomará más de veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de su solicitud de apelación o más de setenta y dos horas (72) desde la apelación. Aetna Better Health le informará por escrito la decisión final de la apelación acelerada dentro de las setenta y dos (72) horas.

### ***¿Qué pasa si Aetna Better Health rechaza la solicitud de una apelación acelerada?***

Si solicita una apelación acelerada que no involucre una emergencia, una hospitalización o servicios que ya se están brindando, se le informará que la revisión de la apelación no se puede acelerar. Seguiremos trabajando con la apelación, la transferiremos al plazo habitual de apelación y le responderemos dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su apelación.

### ***¿Quién puede ayudarme a presentar una apelación?***

Puede solicitar una apelación llamándonos al **1-866-818-0959** (Bexar) o al **1-800-245-5380** y preguntando por el defensor de miembros o escribiendo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Rd  
Cleveland, OH 44181

Si cambiamos nuestra decisión después de revisar su apelación o apelación acelerada, aprobaremos su solicitud dentro de las 72 horas de la decisión.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente (IRO). A continuación, se explica el procedimiento para solicitar una revisión por parte de una IRO.

## **Organización de revisión independiente (IRO)**

---

### ***¿Qué es una organización de revisión independiente (IRO)?***

Una organización de revisión independiente (IRO) es una organización que no tiene conexión con nosotros ni con los médicos que anteriormente participaban en su tratamiento o las decisiones que tomamos sobre los servicios que no se brindaron.

### ***¿Cómo solicito una revisión por parte de una organización de revisión independiente?***

Puede solicitar una revisión de una IRO completando el formulario "Solicitud de revisión por parte de una organización de revisión independiente" que se envía junto con la carta que contiene la decisión. Usted tendrá 15 días a partir del día en que reciba nuestra carta de

decisión para reenviárnosla. Una vez que obtengamos el formulario completo, enviaremos su solicitud a la organización de revisión independiente (IRO), Maximus, para que la revise. Solicitar una revisión independiente no tiene costo para usted. Si necesita ayuda para completar el formulario de la IRO, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna Better Health o la de su hijo. Con gusto lo ayudaremos.

### ***¿Cuáles son los plazos para este proceso?***

Si **no** es una afección potencialmente mortal, será antes de lo que ocurra primero entre:

- 15 días luego de la fecha en que la IRO reciba toda la información que necesita para tomar su decisión;
- 20 días luego de la fecha en que la IRO reciba la solicitud de revisión.

Si se trata de una afección potencialmente mortal, será antes de lo que ocurra primero entre:

- 5 días luego de la fecha en que la IRO reciba toda la información que necesita para tomar su decisión;
- 8 días luego de la fecha en que la IRO reciba la solicitud de revisión.

## **Denuncia de fraude, uso indebido y abuso de CHIP**

---

### ***¿Cómo denuncio a alguien que hace uso indebido o abusa del programa o de los servicios de CHIP? ¿Quiere denunciar uso indebido, abuso o fraude de CHIP?***

Háganos saber si cree que un médico, dentista, farmacéutico en una farmacia, otro proveedor de atención médica o una persona que recibe beneficios de CHIP está actuando incorrectamente. Actuar incorrectamente podría ser uso indebido, abuso o fraude, que son ilegales. Por ejemplo, infórmenos si cree que alguien hace algo de lo siguiente:

- Factura servicios de CHIP que no se brindaron o que no eran necesarios.
- No dice la verdad sobre una afección médica para recibir tratamiento médico.
- Permite que otra persona use su identificación de miembro (ID) de CHIP.
- Usa la ID de CHIP de otra persona.
- No dice la verdad sobre la cantidad de dinero o recursos que tiene para obtener beneficios.

### **Para denunciar uso indebido, abuso o fraude, elija una de las siguientes opciones:**

- Llame a la línea directa de ayuda de la Oficina del Inspector General (OIG) al **1-800-436-6184**;
- Visite el sitio web <https://oig.hhsc.state.tx.us/> y haga clic en el recuadro rojo “Report Fraud” (Informar fraude) para completar el formulario en línea; o

- Brinde la siguiente información directamente a su plan de salud:

Aetna Better Health  
Attention: SIU Coordinator  
PO Box 818042  
Cleveland, OH 44181-8042  
**1-888-761-5440 (número sin cargo)**

**Para denunciar uso indebido, abuso o fraude, reúna tanta información como sea posible.**

- Cuando denuncie a un proveedor (un médico, dentista, consejero, etc.), incluya lo siguiente:
  - nombre, dirección y número de teléfono del proveedor;
  - nombre y dirección del centro (hospital, hogar de convalecencia, agencia de atención médica a domicilio, etc.)
  - Número de Medicaid del proveedor y del centro, si lo tiene
  - Tipo de proveedor (médico, dentista, terapeuta, farmacéutico, etc.)
  - nombres y números de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación;
  - Fechas de los sucesos
  - resumen de lo que paso.
- Cuando denuncie a alguien que recibe beneficios, incluya lo siguiente:
  - El nombre de la persona
  - Fecha de nacimiento de la persona, número de Seguro Social o número de caso (de tenerlos)
  - Ciudad donde vive la persona
  - Detalles específicos sobre el uso indebido, abuso o fraude

## Subrogación

### ¿Qué es la subrogación?

Podríamos solicitar el pago de los gastos médicos para tratar una lesión o enfermedad causada por otra persona. Esta es una disposición de “derecho de subrogación”. Bajo nuestro derecho de subrogación, nos reservamos el derecho de recuperar el costo de los beneficios médicos pagados cuando otra parte es (o podría ser) responsable de causarle la enfermedad o lesión. Podemos solicitar la devolución del costo de los gastos médicos si usted recibe gastos de la otra parte.

### **Únase a nuestro grupo de asesoramiento para miembros**

Nos reunimos una vez cada tres meses en su comunidad. Habrá un grupo de asesoramiento para Medicaid Star y el CHIP. Puede decirnos cómo estamos trabajando y ofrecernos sugerencias. Nos gustaría conocer su opinión. Visite [AetnaBetterHealth.com/Texas/members/](https://www.aetnabetterhealth.com/Texas/members/) para registrarse.

## Beneficios cubiertos y limitaciones de CHIP/CHIP Perinate Newborn

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios hospitalarios de cuidados agudos generales y rehabilitación para pacientes internados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del médico o proveedor brindados por el hospital</li> <li>• Habitación semiprivada y comida (o privadas si es médicamente necesaria según lo que certifique el médico tratante)</li> <li>• Atención de enfermería general</li> <li>• Enfermeros particulares cuando sean médicamente necesarios</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos (ICU) y servicios</li> <li>• Comidas y dietas especiales para pacientes</li> <li>• Salas de operaciones y recuperación, y otras salas de tratamiento</li> <li>• Anestesia y administración (componente técnico del centro)</li> <li>• Vendajes quirúrgicos, bandejas, yesos y férulas</li> <li>• Drogas, medicamentos y productos biológicos</li> <li>• Sangre o hemoderivados que no son gratuitos para el paciente y su administración</li> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y otras pruebas radiológicas (componente técnico del centro)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico del centro)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico de máquinas (EEG, EKG, etc.)</li> <li>• Servicios de oxígeno y terapia por inhalación</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Acceso a centros perinatales de Nivel III según el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) u hospitales que cumplan con los niveles equivalentes de atención</li> <li>• Servicios hospitalarios y médicos dentro o fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones</li> </ul>	<p>Requiere autorización para atención que no sea de emergencia o atención luego de la estabilización de una afección de emergencia. Requiere autorización para centros y servicios médicos dentro o fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) luego de las 48 horas posteriores a un parto vaginal sin complicaciones y luego de las 96 horas posteriores a un parto por cesárea sin complicaciones.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios hospitalarios de cuidados agudos generales y rehabilitación para pacientes internados (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios, médicos y otros servicios relacionados, como anestesia, relacionados con la atención dental</li> <li>• Servicios para pacientes internados relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina) Los servicios para pacientes internados relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Dilatación y legrado (D&amp;C)</li> <li>_ Procedimientos</li> <li>_ Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor</li> <li>_ Ecografías</li> <li>_ Examen histológico de muestras de tejido</li> </ul> </li> <li>• Servicios de ortodoncia pre y postquirúrgicos</li> <li>• para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Labio leporino/paladar hendido</li> <li>_ Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves</li> <li>_ Asimetría facial grave secundaria a malformaciones esqueléticas, afecciones congénitas sindrómicas o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> </li> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos</li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios hospitalarios de cuidados agudos generales y rehabilitación para pacientes internados (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios para pacientes internados para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada</li> <li>– Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica</li> <li>– Tratamiento de problemas físicos a partir de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y externos, y no se tienen en cuenta para el límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).</li> </ul>	
Centros de atención de enfermería especializada (incluyen hospitales de rehabilitación)	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada y comida</li> <li>• Servicios de enfermería permanentes</li> <li>• Servicios de rehabilitación</li> <li>• Suministros médicos y uso de aparatos y equipos provistos por el centro</li> </ul>	<p>Requiere autorización y receta médica.</p> <p>Límite de 60 días por cada período de 12 meses.</p>
Hospitales para pacientes externos, hospitales de rehabilitación integral para pacientes externos, clínicas (incluidos los centros de salud) y centros ambulatorios de atención médica	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes servicios que se brindan en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o un centro de salud, un departamento de emergencias en el hospital o un espacio de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico de máquinas</li> <li>• Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio</li> <li>• Drogas, medicamentos y productos biológicos</li> <li>• Yesos, férulas, vendajes</li> <li>• Servicios de salud preventivos</li> </ul>	<p>Puede requerir autorización previa y receta médica.</p> <p>Requiere autorización y receta médica.</p> <p>Límite de 60 días por cada período de 12 meses.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Hospitales para pacientes externos, hospitales de rehabilitación integral para pacientes externos, clínicas (incluidos los centros de salud) y centros ambulatorios de atención médica (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Diálisis renal</li> <li>• Servicios de atención respiratoria</li> <li>• Radiación y quimioterapia</li> <li>• Sangre o hemoderivados que no son gratuitos para el paciente y la administración de estos productos</li> <li>• Servicios hospitalarios y otros servicios médicos relacionados, como la anestesia, relacionados con la atención dental, cuando se proporcionan en un centro quirúrgico ambulatorio autorizado</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios para pacientes externos relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Dilatación y legrado (D&amp;C)</li> <li>_ Procedimientos</li> <li>_ Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor</li> <li>_ Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor</li> <li>_ Ecografías</li> <li>_ Examen histológico de muestras de tejido</li> </ul> </li> <li>• Servicios de ortodoncia pre y postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Labio leporino/paladar hendido</li> <li>_ Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves</li> <li>_ Asimetría facial grave secundaria a malformaciones esqueléticas, afecciones congénitas sindrómicas o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> </li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Hospitales para pacientes externos, hospitales de rehabilitación integral para pacientes externos, clínicas (incluidos los centros de salud) y centros ambulatorios de atención médica (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes quirúrgicos</li> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos</li> <li>• Los servicios para pacientes internados para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada</li> <li>_ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica</li> <li>_ Tratamiento de problemas físicos a partir de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas</li> </ul> </li> <li>• Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y externos, y no se tienen en cuenta para el límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).</li> </ul>	
Servicios profesionales del médico o del médico de reemplazo	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los exámenes de bienestar infantil y los servicios de salud preventivos (incluidos, entre otros, los exámenes de detección de la vista y la audición, y las vacunas) recomendados por la Academia Estadounidense de Pediatría.</li> <li>• Consultas en el consultorio del médico y servicios para pacientes internados y externos</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiología, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos los componentes técnicos o la interpretación profesional.</li> <li>• Medicamentos, productos biológicos y materiales administrados en el consultorio del médico.</li> <li>• Pruebas de alergia, suero e inyecciones.</li> </ul>	Requiere autorización para todas las remisiones de especialistas fuera de la red.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios profesionales del médico o del médico de reemplazo (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente profesional (pacientes internados o externos) de servicios quirúrgicos como los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Cirujanos y asistentes de cirujanos para procedimientos quirúrgicos, incluida la atención de seguimiento adecuada</li> <li>_ Administración de anestesia por un médico (que no sea un cirujano) o un enfermero anestesista certificado (CRNA)</li> <li>_ Segunda opinión quirúrgica</li> <li>_ Cirugía realizada en un hospital en el mismo día sin pasar la noche</li> <li>_ Procedimientos de diagnóstico invasivos, como los exámenes endoscópicos</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos en el hospital (incluidos los componentes interpretativos y técnicos realizados por el médico).</li> <li>• Los servicios médicos y profesionales para mastectomía y reconstrucción mamaria incluyen lo siguiente:               <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Todas las etapas de reconstrucción de la mama afectada</li> <li>_ Cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica</li> <li>_ Tratamiento de problemas físicos a partir de la mastectomía y el tratamiento de linfedemas</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios médicos relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros:               <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Dilatación y legrado (D&amp;C)</li> <li>_ Procedimientos</li> </ul> </li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios profesionales del médico o del médico de reemplazo (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor</li> <li>_ Ecografías</li> <li>_ Examen histológico de muestras de tejido</li> <li>• Servicios de ortodoncia pre y postquirúrgicos para el tratamiento médicamente necesario de anomalías craneofaciales que requieren intervención quirúrgica y se brindan como parte de un plan de tratamiento propuesto y claramente descrito para tratar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Labio leporino/paladar hendido</li> <li>_ Desviaciones craneofaciales traumáticas, esqueléticas o congénitas graves</li> <li>_ Asimetría facial grave secundaria a malformaciones esqueléticas, afecciones congénitas sindrómicas o crecimiento de tumores o su tratamiento</li> </ul> </li> <li>• Servicios médicos médicamente necesarios para respaldar a dentistas que brindan servicios dentales a un miembro de CHIP, como la anestesia general o la sedación intravenosa (IV).</li> <li>• Servicios médicos dentro y fuera de la red para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.</li> </ul>	
Servicios en un centro de maternidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre los servicios de parto provistos por un centro de maternidad autorizado.</li> </ul>	<p>Incluye servicios hospitalarios (por ejemplo, trabajo de parto y parto).</p> <p><b>** solo para CHIP **</b></p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios prestados por una enfermera partera certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubren servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de maternidad autorizado.</li> </ul>	<b>** solo para CHIP **</b>
Equipos médicos duraderos (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables	<p>Los servicios cubiertos incluyen equipos médicos duraderos (DME) (equipos que pueden resistir el uso repetido, que se usan principal y habitualmente para un propósito médico, por lo general no se utilizan con personas que no tienen enfermedades, lesiones o discapacidades, y que son adecuados para su uso en el hogar), incluidos los dispositivos y suministros que son médicamente necesarios y esenciales para una o más actividades de la vida diaria y que son adecuados para ayudar en el tratamiento de una afección médica, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparatos ortopédicos y dispositivos ortésicos</li> <li>• Dispositivos dentales</li> <li>• Dispositivos protésicos, como ojos artificiales, extremidades, aparatos ortopédicos y prótesis mamarias externas</li> <li>• Lentes prostéticos y lentes de contacto para el tratamiento de enfermedades oftalmológicas graves</li> </ul>	<p>Puede requerir autorización previa y receta médica.</p> <p>Límite de \$20,000 por período de 12 meses para DME, prótesis, dispositivos y suministros médicos desechables (los dispositivos implantables, los suministros para diabéticos y los equipos no se tienen en cuenta para este límite).</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Equipos médicos duraderos (DME), dispositivos protésicos y suministros médicos desechables (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras ayudas artificiales, incluidos los implantes quirúrgicos</li> <li>• Audífonos</li> <li>• Los dispositivos implantables están cubiertos por los servicios para pacientes internados y externos, y no se tienen en cuenta para el límite de 12 meses de los equipos médicos duraderos (DME).</li> <li>• Suministros médicos desechables específicos para el diagnóstico, como la leche maternizada y los suplementos alimenticios recetados específicamente para el diagnóstico</li> </ul>	
Servicios de salud en el hogar y la comunidad	<p>Servicios que se proporcionan en el hogar y la comunidad, incluidos, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusión en el hogar</li> <li>• Terapia respiratoria</li> <li>• Visitas de atención de enfermería privada por un enfermero certificado (RN) o un enfermero con licencia vocacional (LVN)</li> <li>• Visitas de enfermería especializada tal como se define para la atención médica a domicilio, que pueden incluir RN o LVN</li> <li>• Auxiliar de atención médica a domicilio cuando se incluye como parte de un plan de atención durante un período en el que se han aprobado las visitas especializadas</li> <li>• Terapia del habla, ocupacional y fisioterapia</li> </ul>	<p>Requiere autorización previa y receta médica. No se pretende que los servicios reemplacen al cuidador del niño ni que brinden alivio al cuidador. Las visitas de enfermería especializada se ofrecen de forma discontinua y no están destinadas a brindar servicios de enfermería especializada durante las 24 horas.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios de salud en el hogar y la comunidad (continuación)		No se pretende que los servicios reemplacen los servicios de un centro de atención de enfermería especializada o para pacientes internados disponibles las 24 horas.
Servicios de salud mental para pacientes internados.	<p>Servicios de salud mental, incluso para enfermedades mentales graves, proporcionados en hospitales psiquiátricos independientes, unidades psiquiátricas de hospitales de cuidados agudos generales y centros operados por el estado, que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas neuropsicológicas y psicológicas</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Cuando los servicios psiquiátricos para pacientes internados son ordenados por un tribunal de jurisdicción competente según las disposiciones de los Capítulos 573 y 574 del Código de Salud y Seguridad de Texas, vinculados a las internaciones ordenadas por el tribunal en centros psiquiátricos, la orden judicial representa la determinación vinculante de existencia de una necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación.</p>	<p>Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.</p> <p>No se requiere remisión del proveedor de atención primaria.</p>



Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios de salud mental para pacientes externos (continuación)	El Departamento de Servicios de Salud de Texas (DSHS) define a un <b>proveedor de salud mental calificado de servicios comunitarios</b> (QMHP-CS) en el Título 25 TAC, Parte I, Capítulo 412, Subcapítulo G, División 1), §412.303 (48). Los QMHP-CS deberán ser proveedores que trabajen a través de una Autoridad Local de Salud Mental contratada por el DSHS o una entidad contratada por el DSHS por separado. Los QMHP-CS deben ser supervisados por un profesional o médico certificado en salud mental y proporcionar servicios de acuerdo con los estándares del DSHS. Esos servicios incluyen capacitación en habilidades individuales y grupales (como componentes de intervenciones, como el tratamiento diurno y los servicios a domicilio), educación para pacientes y familiares, y servicios en casos de crisis.	Estos requisitos no son aplicables cuando se considera que el miembro se encuentra encarcelado como lo define el UCMC en la Sección 16.1.15.2.
Servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados	<p>Los servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales que incluyen desintoxicación y estabilización en casos de crisis, y programas de rehabilitación residencial las 24 horas.</li> </ul>	<p>Requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.</p> <p>No se requiere remisión del proveedor de atención primaria.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos</p>	<p>Los servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de prevención e intervención prestados por médicos y otros proveedores que no son médicos, como exámenes de detección, evaluación y remisión en casos de trastornos de dependencia química.</li> <li>• Hospitalización parcial.</li> <li>• Los servicios intensivos para pacientes externos se definen como un servicio no residencial organizado que brinda terapia grupal e individual estructurada, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida que constan de al menos 10 horas por semana durante 4 a 12 semanas, pero menos de 24 horas por día.</li> <li>• El servicio de tratamiento para pacientes externos se define como un servicio de al menos una o dos horas por semana que brinda terapia grupal e individual, servicios educativos y capacitación en habilidades para la vida diaria.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Cuando los servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos son ordenados como orden judicial, de conformidad con el Capítulo 462, Subcapítulo D del Código de Salud y Seguridad de Texas, o como requisito para la libertad provisional, la orden judicial representa una determinación vinculante de existencia de una necesidad médica. Cualquier modificación o finalización de los servicios debe presentarse ante el tribunal con jurisdicción sobre el asunto para su determinación.</p>	<p>Puede requerir autorización previa.</p> <p>No se requiere remisión del proveedor de atención primaria.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios de rehabilitación	<p>Los servicios de habilitación (el proceso de proporcionar a un niño los medios para alcanzar los objetivos de desarrollo adecuado para la edad mediante la terapia o el tratamiento) y de rehabilitación incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla</li> <li>• Evaluación del desarrollo</li> </ul>	Requiere autorización previa y receta médica.
Servicios de atención de hospicio	<p>Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados paliativos, incluidos los servicios médicos y de apoyo, para los niños que tienen seis meses o menos de vida para que los pacientes se sientan cómodos durante las últimas semanas y meses antes de la muerte.</li> <li>• Los servicios de tratamiento, incluido el tratamiento relacionado con las enfermedades terminales, no se ven afectados al elegir los servicios de atención de hospicio.</li> </ul>	<p>Requiere autorización previa y receta médica.</p> <p>Los servicios se aplican al diagnóstico de hospicio.</p> <p>Hasta un máximo de 120 días con una expectativa de vida de 6 meses.</p> <p>Los pacientes que elijan los servicios de hospicio pueden realizar esta elección en cualquier momento.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Trasplantes	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizando las directrices de la FDA actualizadas, todos los trasplantes no experimentales de órganos y tejidos humanos y todas las formas no experimentales de trasplante de córnea, médula ósea y células madre periféricas, incluidos los gastos médicos del donante</li> </ul>	Requiere autorización previa.
Servicios de emergencia, incluidos los hospitales, los médicos y los servicios de ambulancia de emergencia	<p>El plan de salud no puede exigir autorización como condición para el pago de afecciones o trabajo de parto y parto de emergencia. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de emergencia según la definición de una persona prudente de afección de salud de emergencia.</li> <li>• Sala de emergencias del hospital, servicios auxiliares y servicios médicos durante las 24 horas, los 7 días de la semana, brindados por proveedores dentro o fuera de la red</li> <li>• Exámenes médicos de detección.</li> <li>• Servicios de estabilización.</li> <li>• Acceso a centros de traumatología de Nivel 1 y Nivel II según el DSHS u hospitales que cumplan con los niveles equivalentes de atención para los servicios de emergencia.</li> <li>• Transporte de emergencia por tierra, aire y agua.</li> <li>• Servicios dentales de emergencia, limitados a la mandíbula fracturada o dislocada, daño traumático en los dientes y extirpación de quistes.</li> </ul>	No se requiere autorización previa para los servicios de postestabilización.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Beneficio de la visión	<p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de los ojos para determinar la necesidad y la prescripción de lentes correctivos cada 12 meses, sin autorización</li> <li>• Un par de lentes no protésicos cada 12 meses</li> </ul>	<p>El plan de salud puede limitar razonablemente el costo de los marcos/lentes. No requiere autorización para lentes de protección y de policarbonato cuando sean médicamente necesarios como parte de un plan de tratamiento para enfermedades oculares cubiertas.</p>
Servicios de quiropráctica	<p>Los servicios cubiertos no requieren receta médica y están limitados a la subluxación espinal.</p>	<p>No se requiere autorización para 12 visitas por período de 12 meses (independientemente de la cantidad de servicios o modalidades provistas en una visita).</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Beneficios de medicamentos	<p>Los servicios incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y productos biológicos para pacientes externos, como aquellos administrados por el proveedor y obtenidos en la farmacia; y</li> <li>• Medicamentos y productos biológicos que se proporcionan en un entorno hospitalario.</li> </ul>	<p>Los servicios deben ser medicamento necesarios para el futuro bebé.</p> <p>Algunos beneficios de medicamentos requieren autorización previa.</p>
Servicios para dejar de fumar	Cobertura de hasta \$100 cada 12 meses para un programa aprobado por el plan.	<p>No requiere autorización.</p> <p>El plan de salud define qué es un programa aprobado por el plan.</p> <p>Puede estar sujeto a los requisitos del formulario.</p>

## Exclusiones de CHIP o CHIP Perinate Newborn

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan "exclusiones".

Exclusiones de beneficios
Tratamientos de infertilidad para pacientes internados y externos o servicios reproductivos que no sean de atención prenatal, trabajo de parto y parto, y atención relacionada con enfermedades o anomalías vinculadas con el sistema reproductivo.
Medicamentos anticonceptivos con receta solo para la atención de salud reproductiva primaria y preventiva (es decir, no pueden recetarse para la planificación familiar).
Productos de comodidad personal que incluyen, entre otros, kits de atención personal para pacientes internados, teléfono, televisión, fotografías de bebés recién nacidos, comidas para las visitas de los pacientes y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico de enfermedades o lesiones.
Procedimientos o servicios de atención médica experimentales, de investigación, quirúrgicos u otros servicios médicos que generalmente no se emplean ni se reconocen dentro de la comunidad médica.
<i>Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para ser revisada por una organización de revisión independiente.</i>
Tratamientos o evaluaciones requeridas por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleo, permisos de vuelo, campamentos, seguros o tribunales.
Dispositivos dentales exclusivamente para uso cosmético.
Servicios de atención de enfermería privada cuando se realizan en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, los corazones artificiales.
Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación es únicamente para fines de pruebas de diagnóstico, a menos que el plan de salud lo preautorice de otro modo.
Exámenes de próstata y mamografías.
Cirugías electivas para corregir la visión.
Procedimientos gástricos para adelgazar.
Cirugías o servicios estéticos únicamente con fines estéticos.
Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, excepto la atención de emergencia y los servicios médicos para la madre y su(s) recién nacido(s) durante un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.
Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control del peso o el tratamiento de la obesidad, excepto los servicios relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida como parte de un plan de tratamiento aprobado por el plan de salud.
Medicamentos utilizados para la pérdida o el aumento de peso.

### Exclusiones de beneficios

Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.
Vacunas únicamente para viajes al extranjero.
Cuidado de rutina de los pies, como el cuidado higiénico.
Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, esguinzados o planos, y el corte o la extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).
Reemplazo o reparación de dispositivos protésicos y equipos médicos duraderos debido al uso indebido, el abuso o la pérdida cuando sea confirmado por el miembro o el proveedor.
Calzado ortopédico correctivo.
Artículos de conveniencia.
Medicamentos de venta libre.
Dispositivos ortésicos utilizados principalmente con fines deportivos o recreativos.
Atención asistencial (atención que ayuda a un niño con las actividades de la vida diaria, como caminar, levantarse de la cama, acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar una dieta especial y supervisar los medicamentos que suelen ser autoadministrados o proporcionados por el padre o la madre. Esta atención no requiere el monitoreo continuo del personal médico o paramédico capacitado).
<b>NOTA: Esta exclusión no se aplica a los servicios de hospicio.</b>
Hacer las tareas domésticas
Servicios de atención pública y atención para las afecciones que se debe proporcionar en un centro público según las que las leyes federales, estatales o locales, o la atención proporcionada bajo la custodia de las autoridades legales
Servicios o suministros recibidos de un enfermero que no requieren la habilidad y la capacitación de un enfermero.
Entrenamiento y terapia visual.
Los reembolsos por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no están cubiertos, excepto cuando los solicita un médico o un proveedor de atención primaria.
Gastos del donante que no sean médicos.
Los cargos incurridos como donante de un órgano cuando el receptor no está cubierto por este plan de salud.
Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y los territorios de los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam y American Samoa).

## Beneficios de valor agregado de CHIP/CHIP Perinate Newborn

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Línea de enfermería las 24 horas	Este servicio, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, permite a todos los miembros tener acceso telefónico al apoyo clínico de enfermeros certificados con experiencia. Los miembros pueden llamar a la línea de enfermería directamente al <b>1-800-556-1555</b> para recibir asistencia.
Beneficios de medicamentos de venta libre/descuento en la farmacia	<p>El programa OTC Health Solutions ofrece a los miembros una asignación mensual de \$25 (\$300 anuales). Los medicamentos y productos de venta libre (OTC) se pueden solicitar por teléfono, en línea, por fax o por correo y luego se envían directamente al hogar de los miembros. Hay un límite \$25 por mes (\$300 anuales) por familia. Descuento en servicios de farmacia. Estos productos incluyen lo siguiente*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado para el bebé</li> <li>• Remedios para el resfrío</li> <li>• Salud digestiva</li> <li>• Productos para el cuidado de la vista o de los oídos</li> <li>• Cuidado femenino</li> <li>• Insumos de primeros auxilios</li> <li>• Cuidado de los pies</li> <li>• Diagnóstico en el hogar</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Cuidado bucal</li> <li>• Analgésicos</li> <li>• Atención personal</li> <li>• Vitaminas/minerales</li> </ul> <p>* Se excluyen medicamentos con receta, alcohol, lotería, sellos postales, tarjetas de regalo, giros postales, tarjetas de identificación de miembro de Aetna Better Health y acabado de fotografías, y no es válido para los productos reembolsados por el gobierno federal.</p> <p>Este beneficio cubre los medicamentos de venta libre (OTC) y otros productos que no necesitan una receta y no se consideran por lo demás como beneficios cubiertos.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Ayuda adicional para mujeres embarazadas	<p>Aetna Better Health ofrece a nuestras miembros embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 y un manual especial sobre embarazo por inscribirse en la administración de casos dentro de los 30 días de la inscripción.</li> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 y un manual especial sobre embarazo por inscribirse en la administración de casos dentro de los 30 días del diagnóstico de embarazo si ya es miembro.</li> <li>• \$50 en pañales, toallitas húmedas para bebés o productos similares por completar 3 visitas prenatales.</li> <li>• \$50 en pañales, toallitas húmedas para bebés o productos similares por completar 3 visitas prenatales adicionales (6 en total) y 1 visita de cuidado posparto.</li> <li>• Las miembros llamarán al plan de salud cuando hayan completado todas las visitas prenatales y postparto para reclamar su regalo de productos para bebés.</li> <li>• Manual sobre embarazo para miembros embarazadas en administración de casos</li> </ul>
Programa PROMISE	<p>Nuestras miembros embarazadas pueden ganar pañales, toallitas húmedas para bebés o productos para bebé similares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si usted completa 3 visitas prenatales, puede ganar hasta \$50 en productos para bebés.</li> <li>• Si completa 3 visitas prenatales más (6 en total) y 1 visita posparto después de que nazca el bebé, puede ganar otros \$50 en productos para bebés.</li> </ul>
Ayuda adicional con el transporte	<p>¿Necesita ayuda con el transporte? Podemos proporcionar pases o fichas para autobús, tarifas de taxi o viajes compartidos diarios para los miembros y sus representantes legalmente autorizados (LAR), además de hermanos, si sus LAR no pueden hacer otros arreglos, cuando sea necesario para visitar las oficinas del WIC, eventos o clases en la comunidad patrocinados por el plan o asistir a reuniones de grupos de asesoramiento para miembros.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Servicios adicionales de la vista	<p>Los miembros de Aetna Better Health recibirán asistencia financiera para obtener servicios y productos de la vista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores de 21 años: Aetna cubrirá los costos de los exámenes de la vista una vez cada dos años.</li> <li>• Mayores de 21 años: Aetna cubrirá hasta \$175 una vez cada dos años para anteojos, sin limitarse a las monturas de anteojos, los lentes y los lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid.</li> <li>• Menores de 21 años: Aetna cubrirá hasta \$175 una vez al año para anteojos, sin limitarse a las monturas de anteojos, los lentes y los lentes de contacto que no están cubiertos por Medicaid.</li> </ul>
Incentivo de seguimiento para pacientes internados de salud conductual	<p>Reciba una tarjeta de regalo de \$25 para los miembros que completen una consulta de seguimiento con su proveedor de salud conductual en los 7 días posteriores a su salida de la hospitalización de salud conductual.</p>
Recursos de salud conductual en línea	<p>Los miembros pueden acceder a recursos de salud mental en línea en nuestro sitio web:  <b><a href="https://www.aetnabetterhealth.com/Texas/members/behavior">AetnaBetterHealth.com/Texas/members/behavior</a></b>.</p>
Asistencia para miembros con asma	<p>Los miembros con un diagnóstico de asma e inscritos en el programa de control de la enfermedad del asma recibirán lo siguiente, hasta \$100 por año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un medidor de flujo espiratorio máximo y una cámara de retención o espaciador todos los años</li> <li>• Control de plagas</li> <li>• Ropa de cama hipoalergénica</li> <li>• Limpieza de conductos de ventilación</li> <li>• Limpieza profunda de alfombras</li> </ul>
Exámenes de aptitud física para hacer deportes	<p>Se ofrecen los exámenes de aptitud física para hacer deportes médicamente necesarios a todos los miembros de hasta 19 años que hayan completado la visita de bienestar infantil.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Asistencia de telefonía celular	<p>Los miembros que califiquen para el programa federal Lifeline pueden elegir entre un teléfono inteligente, un teléfono con funciones básicas o el uso de su teléfono celular personal para incluir las siguientes opciones de planes según el área de cobertura.</p> <p>(1) Garantía inalámbrica: teléfono inteligente Android con 500 MB de datos, 350 minutos para hablar y mensajes de texto ilimitados;</p> <p>(2) EnTouch Wireless: uso del teléfono celular personal, 500 MB de datos y 500 unidades de voz o de texto donde 1 unidad = 1 mensaje de texto o 1 minuto de voz;</p> <p>(3) EnTouch Wireless: Teléfono con funciones básicas, 10 MB de datos, 500 minutos para hablar y 100 mensajes de texto;</p> <p>(4) Life Wireless: uso del teléfono celular personal, 10 MB de datos, 500 minutos para hablar y mensajes de texto ilimitados.</p> <p>Las llamadas del miembro desde y hacia el Plan de salud y los mensajes de texto relacionados con la salud del Plan de salud no se aplicarán al límite de minutos o de mensajes de texto.</p>
Exámenes de bienestar infantil	<p>Los miembros pueden recibir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tarjeta de regalo de \$50 sin costo para los miembros por completar los controles/las consultas de bienestar infantil a las 2 semanas y a los 2, 4 y 6 meses de edad. Una vez realizados estos controles, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar una tarjeta de regalo de \$50.</li> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 sin costo para usted por completar los controles/las consultas de bienestar infantil a los 9 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de \$25.</li> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 sin costo para usted por completar los controles/las consultas de bienestar infantil a los 12 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de \$25.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Exámenes de bienestar infantil (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 sin costo para usted por completar los controles/las consultas de bienestar infantil a los 15 meses de edad. Una vez realizado este control, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de \$25.</li> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 sin costo para usted por completar los controles/las consultas de bienestar infantil a los 18 y a los 30 meses de edad. Una vez realizado cada uno de estos controles, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de \$25. Hay dos tarjetas de regalo de \$25 disponibles por completar ambos controles.</li> <li>• Una tarjeta de regalo de \$25 sin costo por cada vez que realice un control/una consulta anual de bienestar infantil para los miembros desde los 3 hasta los 20 años de edad. Una vez que complete cada uno de estos controles/visitas, los miembros deberán llamar al Departamento de Servicios para Miembros para canjear y solicitar la tarjeta de regalo de \$25. Límite de una tarjeta por miembro por año.</li> </ul>
Visitas domiciliarias	Visita virtual al hogar para asesoramiento en lactancia para todas las mamás primerizas.
Servicios médicos adicionales para los pies (podiatría)	Los miembros tienen acceso a productos para el cuidado de los pies que están disponibles a través del programa de OTC Health Solutions.
Servicios dentales	<p>Los miembros son elegibles para los siguientes beneficios dentales anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza cada 6 meses</li> <li>• Radiografías una vez al año</li> <li>• Extracciones simples</li> <li>• Empastes limitados</li> <li>• Tratamientos con flúor</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio
Programa para dejar de fumar	Se ofrece un programa para dejar de fumar que incluye evaluación y asesoramiento para miembros de 12 años de edad y mayores. Este programa proporcionará a los miembros las herramientas y el apoyo a fin de asistirlos para que dejen de fumar y lleven una vida más saludable.

**\*\*Se pueden aplicar restricciones y limitaciones.\*\***

## Beneficios cubiertos y limitaciones de CHIP Perinate

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Cuidados agudos generales para pacientes internados	<p>Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios cubiertos provistos por el hospital médicamente necesarios.</li> <li>• Salas de operaciones y recuperación, y otras salas de tratamiento.</li> <li>• Anestesia y administración (componente técnico del centro).</li> <li>• Los servicios quirúrgicos médicamente necesarios se limitan a los servicios que se relacionan directamente con el parto y los servicios relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina).</li> </ul> <p>Servicios para pacientes internados relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina) Los servicios para pacientes internados relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C)</li> <li>• Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor</li> <li>• Ecografías</li> <li>• Examen histológico de muestras de tejido</li> </ul>	<p>Para CHIP Perinate en familias con un ingreso igual o inferior al 185% del nivel federal de pobreza, los cargos del centro no son un beneficio cubierto. Sin embargo, los cargos por servicios profesionales relacionados con el trabajo de parto y el parto son un beneficio cubierto.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Cuidados agudos generales para pacientes internados (continuación)		Para CHIP Perinate en familias con un ingreso de entre el 185% y el 200% del nivel federal de pobreza, los beneficios se limitan a los cargos por servicios profesionales y los cargos de los centros por los servicios relacionados con el trabajo de parto hasta el nacimiento.
Hospital integral para pacientes externos, clínica (incluido el centro de salud) y centro ambulatorio de atención médica	<p>Los servicios incluyen los siguientes servicios que se brindan en una clínica o sala de emergencias de un hospital, una clínica o centro de salud, un departamento de emergencias en el hospital o un espacio de atención médica ambulatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías, diagnóstico por imágenes y pruebas radiológicas (componente técnico)</li> <li>• Servicios de laboratorio y de patología (componente técnico)</li> <li>• Pruebas de diagnóstico de máquinas</li> <li>• Drogas, medicamentos y productos biológicos que son médicamente necesarios, medicamentos con receta e inyectables</li> <li>• Servicios para pacientes externos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina)</li> </ul>	Puede requerir autorización previa y receta médica.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Hospital integral para pacientes externos, clínica (incluido el centro de salud) y centro ambulatorio de atención médica (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios para pacientes externos relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros, los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C)</li> <li>– Medicamentos correspondientes administrados por el proveedor, ecografías</li> <li>– Examen histológico de muestras de tejido</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota:</b> Los servicios de laboratorio y radiología se limitan a los servicios que se relacionan directamente con la atención preparto o durante el parto hasta el nacimiento de la cobertura de CHIP Perinate.</p> <p>Las ecografías ginecológicas durante el embarazo son un beneficio cubierto del programa CHIP Perinatal cuando se indican médicamente. Las ecografías pueden indicarse cuando hay sospechas de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal, determinación de la edad gestacional, aborto espontáneo o embarazo no viable.</p> <p>La amniocentesis, la cordocentesis, la transfusión fetal intrauterina (FIUT) y las pautas para las ecografías para la cordocentesis constituyen beneficios cubiertos por el programa CHIP Perinatal con el diagnóstico correspondiente.</p>	<p>Se puede requerir autorización para la remisión especializada de un proveedor de atención primaria a un especialista dentro de la red.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Hospital integral para pacientes externos, clínica (incluido el centro de salud) y centro ambulatorio de atención médica (continuación)</p>	<p>Los <b>análisis de laboratorio</b> cubiertos por el programa CHIP Perinatal se limitan a: prueba sin estrés, prueba de estrés por contracciones, hemoglobina o hematocrito repetido una vez por trimestre y a las 32-36 semanas de embarazo, o hemograma completo (CBC), análisis de orina para verificar las proteínas y la glucosa en cada consulta, análisis de tipo de sangre y examen de anticuerpos RH, repetición de examen de anticuerpos en mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica, título de anticuerpos de rubéola, pruebas serológicas de sífilis, antígeno de superficie de la hepatitis B, citología cervical, prueba de embarazo, prueba de gonorrea, cultivo de orina, prueba de células falciformes, prueba de tuberculosis (TB), prueba de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), prueba de clamidia, otros análisis de laboratorio no especificados pero que se consideren médicamente necesarios, y prueba de marcadores múltiples para detectar defectos del tubo neural (si la paciente inicia el tratamiento entre la semana 16 y la 20), detección de la diabetes gestacional entre las 24 y las 28 semanas de embarazo, otros análisis de laboratorio que se indiquen según la afección médica de la paciente.</p> <p>Los servicios quirúrgicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina) son un beneficio cubierto.</p> <p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios médicos médicamente necesarios se limitan a la atención prenatal y posparto o el parto del futuro bebé cubierto hasta el nacimiento.</li> </ul>	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Hospital integral para pacientes externos, clínica (incluido el centro de salud) y centro ambulatorio de atención médica (continuación)	Consultas en el consultorio del médico y servicios para pacientes internados y externos	
Servicios profesionales del médico o del médico de reemplazo	<p>Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios médicos médicamente necesarios se limitan a la atención prenatal y posparto o el parto del futuro bebé cubierto hasta el nacimiento.</li> <li>• Consultas en el consultorio del médico y servicios para pacientes internados y externos</li> <li>• Servicios de laboratorio, radiología, diagnóstico por imágenes y patología, incluidos los componentes técnicos o la interpretación profesional. Medicamentos, productos biológicos y materiales médicamente necesarios administrados en el consultorio del médico.</li> <li>• Componente profesional (pacientes internados o externos) de servicios quirúrgicos como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cirujanos y cirujanos asistentes para procedimientos quirúrgicos directamente relacionados con el trabajo y el parto del futuro bebé cubierto hasta el nacimiento.</li> <li>– Administración de anestesia por un médico (que no sea un cirujano) o un enfermero anestesista certificado (CRNA)</li> <li>– Procedimientos de diagnóstico invasivos directamente relacionados con el trabajo de parto y el parto del futuro bebé</li> </ul> </li> </ul>	<p>Requiere autorización para todas las remisiones de especialistas fuera de la red.</p> <p>Componente profesional de la ecografía ginecológica durante el embarazo cuando esté médicamente indicada ante sospechas de defectos genéticos, embarazo de alto riesgo, retraso del crecimiento fetal o determinación de la edad gestacional.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios profesionales del médico o del médico de reemplazo (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Servicios quirúrgicos relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina)</li> <li>• Servicios médicos en el hospital (incluidos los componentes interpretativos y técnicos realizados por el médico).</li> <li>• Componente profesional relacionado con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina). Los servicios profesionales relacionados con abortos espontáneos o embarazos no viables incluyen, entre otros, procedimientos de dilatación y legrado (D&amp;C), medicamentos correspondientes administrados por el proveedor, ecografías y examen histológico de muestras de tejido.</li> </ul>	Componente profesional de amniocentesis, cordocentesis, transfusión fetal intrauterina (FIUT) y pautas para las ecografías para amniocentesis, cordocentesis y FIUT.
Servicios en un centro de maternidad	Cubre los servicios de parto provistos por un centro de maternidad autorizado. Incluye servicios hospitalarios (por ejemplo, trabajo de parto y parto).	Se aplica solo a los miembros de CHIP Perinate (futuro bebé) con un ingreso de entre el 186% y el 200% del FPL.

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios prestados por una enfermera partera certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado</p>	<p>Cubre servicios prenatales, de parto y posparto prestados en un centro de maternidad autorizado. Los servicios prenatales están sujetos a las siguientes limitaciones:</p> <p>Las visitas después de la visita inicial deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historial provisional (problemas, estado civil, estado del feto)</li> <li>• Examen físico (peso, presión arterial, altura uterina, posición y tamaño del feto, frecuencia cardíaca del feto, extremidades)</li> <li>• Análisis de laboratorio (análisis de orina para verificar las proteínas y la glucosa en cada visita; hematocrito o hemoglobina una vez por trimestre y entre las semanas 32 y 36 del embarazo; detección de marcadores múltiples para detectar anomalías fetales entre las semanas 16 y 20 del embarazo; repetición del examen de anticuerpos para las mujeres RH negativas a las 28 semanas, seguido de la administración de inmunoglobulina RHO si se indica, detección de diabetes gestacional entre las semanas 24 y 28 del embarazo, y otros análisis de laboratorio que se indiquen según el estado de la paciente).</li> </ul> <p>Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario. Los beneficios se limitan a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un límite de 20 visitas prenatales y 2 visitas posparto (dentro de un período máximo de 60 días) sin documentación de una complicación del embarazo.</li> </ul>	<p>Los servicios se limitan a una visita inicial y visitas subsiguientes de atención prenatal (preparto) que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Una (1) visita cada cuatro (4) semanas durante las primeras 28 semanas del embarazo; una (1) visita cada dos (2) o tres (3) semanas entre las semanas 28 y 36 del embarazo; y una (1) visita por semana a partir de las 36 semanas de embarazo hasta el parto.</li> </ul>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
<p>Servicios prestados por una enfermera partera certificada o un médico en un centro de maternidad autorizado (continuación)</p>		<p>Las visitas más frecuentes pueden ser necesarias en caso de embarazos de alto riesgo. Las visitas prenatales de alto riesgo no se limitan a 20 visitas por embarazo. La documentación que respalda la necesidad médica debe guardarse, y está sujeta a una revisión retrospectiva.</p>
<p>Atención prenatal y servicios y suministros familiares antes del embarazo</p>	<p>Los servicios cubiertos se limitan a una visita inicial y visitas subsiguientes de atención prenatal (preparto) que incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una visita cada cuatro semanas durante las primeras 28 semanas del embarazo</li> <li>• Una visita cada dos o tres semanas entre las semanas 28 y 36 del embarazo, y</li> <li>• Una visita por semana a partir de las 36 semanas de embarazo hasta el parto</li> </ul> <p>Se permiten visitas más frecuentes según sea médicamente necesario.</p>	<p>No requiere autorización previa.</p>

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Servicios de emergencia, incluidos los hospitales, los médicos y los servicios de ambulancia de emergencia	<p>El plan de salud no puede exigir autorización como condición para el pago de afecciones de emergencia relacionadas con el trabajo de parto y el parto.</p> <p>Los servicios cubiertos se limitan a aquellos servicios de emergencia que están directamente relacionados con el parto y el nacimiento del futuro bebé que posee cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de emergencia según la definición de una persona prudente de afección de salud de emergencia. Exámenes médicos de detección para determinar la emergencia cuando está directamente relacionada con el parto del futuro bebé con cobertura.</li> <li>• Servicios de estabilización relacionados con el trabajo de parto y el parto del futuro bebé con cobertura.</li> <li>• El transporte de emergencia por tierra, aire y agua para el trabajo de parto y el parto en riesgo es un beneficio cubierto.</li> </ul> <p>Servicios de emergencia relacionados con (a) abortos espontáneos o (b) embarazos no viables (embarazo molar, embarazo ectópico o muerte fetal intrauterina)</p>	Los servicios posparto o las complicaciones que deriven en la necesidad de servicios de emergencia de CHIP Perinate para la madre no están cubiertos.
Servicios de administración de casos	Los servicios de administración de casos son un beneficio cubierto para el futuro bebé.	Estos servicios cubiertos incluyen información de extensión, administración de casos, coordinación de atención y remisión a la comunidad.
Servicios de coordinación de atención	Los servicios de coordinación de atención son un beneficio cubierto para el futuro bebé.	

Tipo de beneficio	Descripción del beneficio	Limitaciones
Beneficios de medicamentos	Los servicios incluyen, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y productos biológicos para pacientes externos, como aquellos que administra el proveedor y se obtienen en la farmacia.</li> <li>• Medicamentos y productos biológicos que se proporcionan en un entorno hospitalario.</li> </ul>	Los servicios deben ser médicamente necesarios para el futuro bebé.

## Exclusiones de CHIP Perinate

Los servicios que no están cubiertos por CHIP se denominan "exclusiones".

Exclusiones de beneficios
Tratamientos para pacientes internados y externos que no sean atención prenatal, trabajo de parto, parto y atención posparto relacionados con la cobertura del futuro bebé hasta el nacimiento. Servicios relacionados con el parto prematuro, falso trabajo de parto o de otro tipo que no sean el parto.
Servicios de salud mental para pacientes internados.
Servicios de salud mental para pacientes externos
Equipos médicos duraderos u otros dispositivos de rehabilitación relacionados con la medicina.
Suministros médicos desechables.
Servicios de atención médica en el hogar y la comunidad.
Servicios de atención de enfermería.
Servicios dentales
Servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados y residenciales
Servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos
Fisioterapia, terapia ocupacional y servicios para personas con trastornos del habla, la audición y el lenguaje.
Atención en un hospicio
Centro de atención de enfermería especializada y servicios hospitalarios de rehabilitación.
Servicios de emergencia que no estén directamente relacionados con el parto del futuro bebé con cobertura.
Servicios de trasplante.
Servicios para dejar de fumar.
Servicios de quiropráctica

## Exclusiones de beneficios

Artículos de comodidad personal que incluyen, entre otros, kits de atención personal para pacientes internados, teléfono, televisión, fotografías de bebés recién nacidos, comidas para los acompañantes de los pacientes y otros artículos que no son necesarios para el tratamiento específico relacionado con el trabajo de parto, el parto o la atención posparto.

Procedimientos o servicios de atención médica experimentales, de investigación, quirúrgicos u otros servicios médicos que generalmente no se emplean ni se reconocen dentro de la comunidad médica.

*Esta exclusión es una determinación adversa y es elegible para ser revisada por una organización de revisión independiente.*

Tratamientos o evaluaciones requeridas por terceros, incluidos, entre otros, aquellos para escuelas, empleo, adquisición de derechos, campamentos, seguros o tribunales.

Servicios de atención de enfermería privada cuando se realizan en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.

Dispositivos mecánicos de reemplazo de órganos que incluyen, entre otros, los corazones artificiales.

Servicios y suministros hospitalarios cuando la internación es únicamente para pruebas de diagnóstico y no es parte del trabajo de parto o parto.

Exámenes de próstata y mamografías.

Cirugías electivas para corregir la visión.

Procedimientos gástricos para adelgazar.

Cirugías o servicios estéticos únicamente con fines estéticos.

Medicamentos utilizados para la pérdida o el aumento de peso.

Servicios fuera de la red no autorizados por el plan de salud, excepto para atención de emergencia relacionada con el trabajo de parto y el parto del futuro bebé con cobertura.

Servicios, suministros, reemplazos de comidas o suplementos proporcionados para el control del peso o el tratamiento de la obesidad.

Servicios de acupuntura, naturopatía e hipnoterapia.

Vacunas únicamente para viajes al extranjero.

Cuidado de rutina de los pies, como el cuidado higiénico.

Diagnóstico y tratamiento de pies débiles, esguinzados o planos, y el corte o la extracción de callos, callosidades y uñas de los pies (esto no se aplica a la eliminación de las raíces de las uñas o al tratamiento quirúrgico de afecciones subyacentes a callos, callosidades o uñas encarnadas).

Calzado ortopédico correctivo.

Artículos de conveniencia.

Medicamentos de venta libre.

Dispositivos ortésicos utilizados principalmente con fines deportivos o recreativos.

### Exclusiones de beneficios

Cuidado asistencial (cuidado que ayuda con las actividades de la vida diaria, como caminar, levantarse de la cama, acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, preparar una dieta especial y supervisar los medicamentos que suelen ser autoadministrados o proporcionados por un cuidador. Esta atención no requiere el monitoreo continuo del personal médico o paramédico capacitado).

Hacer las tareas domésticas

Servicios de atención pública y atención para las afecciones que se debe proporcionar en un centro público según las que las leyes federales, estatales o locales, o la atención proporcionada bajo la custodia de las autoridades legales

Servicios o suministros recibidos de un enfermero que no requieren la habilidad y la capacitación de un enfermero.

Entrenamiento y terapia visual o servicios de la vista.

Los reembolsos por servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla en la escuela no están cubiertos.

Gastos del donante que no sean médicos.

Cargos incurridos como donante de un órgano.

Cobertura mientras viaja fuera de los Estados Unidos y los territorios de los Estados Unidos (incluidos Puerto Rico, U.S. Virgin Islands, Commonwealth of Northern Mariana Islands, Guam y American Samoa).

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, estado de salud o necesidad de servicios de atención médica.

Aetna:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea inglés, como los siguientes:
  - o Intérpretes calificados
  - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que aparece en su tarjeta de identificación o **1-800-385-4104**.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Coordinador de Derechos Civiles:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator  
PO Box 818001  
Cleveland, OH 44181-8001

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: [MedicaidCRCoordinator@aetna.com](mailto:MedicaidCRCoordinator@aetna.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html). Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Better Health: **[AetnaBetterHealth.com/Texas](http://AetnaBetterHealth.com/Texas)**.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, lo que incluye a Aetna Life Insurance Company, y sus filiales.

## Multi-language Interpreter Services

**ENGLISH: ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**SPANISH: ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**VIETNAMESE: CHÚ Ý:** nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**CHINESE: 注意:** 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 **1-800-385-4104 (TTY: 711)**。

**KOREAN: 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 **1-800-385-4104 (TTY: 711)** 번으로 연락해 주십시오.

**ARABIC:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو على **1-800-385-4104 (للصم والبكم: 711)**.

**URDU:** توجہ دیں: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو زبان سے متعلق مدد کی خدمات آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں - اپنے شناختی کارڈ کے پیچھے موجود نمبر پر یا **1-800-385-4104 (TTY: 711)** پر رابطہ کریں۔

**TAGALOG: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**FRENCH: ATTENTION:** si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104 (ATS: 711)**.

**HINDI: ध्यान दें:** यदि आप हिंदी भाषा बोलते हैं तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने आईडी कार्ड के पृष्ठ भाग में दिए गए नम्बर अथवा **1-800-385-4104 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

**PERSIAN:** اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره درج شده در پشت کارت شناسایی یا با شماره **1-800-385-4104 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

**GERMAN: ACHTUNG:** Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104 (TTY: 711)** an.

**GUJARATI: ધ્યાન આપો:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર અથવા **1-800-385-4104** પર કોલ કરો (TTY: 711).

**RUSSIAN: ВНИМАНИЕ:** если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

**JAPANESE: 注意事項:**日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。IDカード裏面の電話番号、または**1-800-385-4104 (TTY: 711)**までご連絡ください。

**LAOTIAN: ເຊີນຊາບ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີໂທທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

## Glosario

---

**Afección médica de emergencia:** Una enfermedad, lesión, síntoma o afección tan grave que una persona razonable buscaría atención de inmediato para evitar daños.

**Apelación:** Una solicitud para que su organización de cuidado administrado revise nuevamente una denegación o una queja.

**Atención de enfermería especializada:** Servicios de enfermeros con licencia en su propio hogar o en un hogar de convalecencia.

**Atención de urgencia:** Atención de una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente graves como para que una persona razonable considere que se necesita atención inmediata, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias.

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

**Atención hospitalaria para pacientes externos:** Atención en un hospital que, generalmente, no requiere una estadía por la noche.

**Atención médica a domicilio:** Servicios de atención médica que una persona recibe en el hogar.

**Cobertura de medicamentos con receta:** Plan o seguro de salud que ayuda a pagar los medicamentos con receta.

**Copago:** Un monto fijo (por ejemplo, \$15) que paga por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, cuando recibe el servicio. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

**Equipo médico duradero (DME):** Equipo solicitado por un proveedor de atención médica para el uso diario o extendido. La cobertura para DME puede incluir, entre otros: equipos de oxígeno, sillas de ruedas, muletas o suministros para la diabetes.

**Especialista:** Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o en un grupo de pacientes para diagnosticar, manejar, prevenir o tratar ciertos tipos de síntomas y afecciones.

**Hospitalización:** Atención en un hospital que requiere la internación en un hospital y, generalmente, una estadía por la noche.

**Medicamento necesario:** Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o síntomas, y que cumplen los estándares aceptados de la medicina.

**Medicamentos con receta:** Fármacos y medicamentos que, por ley, requieren una receta.

**Médico de atención primaria:** Médico (médico o doctor en medicina osteopática) que proporciona o coordina directamente una gama de servicios de atención médica para un paciente.

**Plan:** Un beneficio, como Medicaid, que proporciona y paga sus servicios de atención médica.

**Preautorización:** Una decisión por parte de su aseguradora o plan de salud respecto de si un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento con receta o equipos médicos duraderos que usted o su médico han solicitado son médicamente necesarios. Esta decisión o aprobación, que a veces se denomina autorización previa, aprobación previa o preaprobación, debe obtenerse antes de recibir el servicio solicitado. La preautorización no es una promesa de que su seguro o plan de salud cubrirá el costo.

**Prima:** El monto que debe pagarse por su plan o seguro de salud.

**Proveedor de atención primaria:** Médico (médico o doctor en medicina osteopática), profesional en enfermería, especialista en enfermería clínica o auxiliar médico, según lo permitido por la ley estatal, que proporciona, coordina o ayuda a un paciente a acceder a una variedad de servicios de atención médica.

**Proveedor:** Médico (médico o doctor en medicina osteopática), profesional de salud o centro de atención médica con licencia, certificado o acreditado según lo exija la ley estatal.

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

**Proveedor participante:** Un proveedor que tiene un contrato con su aseguradora o plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos.

**Queja:** Un reclamo a su aseguradora o plan de salud.

**Reclamo:** Una queja que usted comunica a su aseguradora o plan de salud.

**Red:** Las instalaciones y los proveedores que su aseguradora o plan de salud han contratado para proporcionar servicios de atención médica.

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

**Servicio de hospicio:** Servicios para brindar comodidad y apoyo a las personas en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias.

**Servicios de emergencia:** Evaluación y tratamiento de una afección médica de emergencia para evitar que empeore.

**Servicios excluidos:** Servicios de atención médica que su seguro o plan de salud no pagan o no cubren.

**Servicios médicos:** Servicios de atención médica que presta o coordina un médico (médico o doctor en medicina osteopática).

**Servicios y dispositivos de habilitación:** Servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación:** Servicios de atención médica, como fisioterapia o terapia ocupacional, que ayudan a una persona a conservar, recuperar o mejorar las habilidades y el funcionamiento de la vida diaria que se han perdido o deteriorado debido a que una persona estaba enferma, herida o discapacitada.

**Transporte médico de emergencia:** Servicios de ambulancia terrestre o aérea para una afección médica de emergencia.



