



Manual para Miembros

Health Partners Plans ahora se llama Jefferson Health Plans.

1-888-888-1211

(TTY 1-877-454-8477)

JeffersonHealthPlans.com/CHIP



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program
Cubrimos a todos los niños.



Jefferson
Health Plans

Índice

Sección 1: Bienvenido

Introducción

¿Qué es CHIP?

1. Bienvenido a Jefferson Health Plans CHIP
2. Servicios para Miembros
2. Tarjetas de identificación del miembro
2. Información de contacto importante
3. Información de contacto importante:
A simple vista
4. Otros números de teléfono
4. Servicios de comunicación
4. Inscripción
4. Renovación
5. Cambiar tu plan CHIP
5. Cambios en el hogar
5. ¿Qué debo hacer si me mudo?
5. Pérdida de beneficios
6. Información del directorio de proveedores
6. Cómo elegir tu proveedor de atención primaria (PCP)
6. Cómo cambiar tu PCP
6. Visitas al consultorio
6. Cómo concretar una cita con tu PCP
7. Normas de citas
7. Remisiones
7. Autoremisiones
8. Atención después del horario habitual
8. Participación de los miembros
8. Sugerir cambios a las políticas y servicios
8. Programa de mejora de la calidad de Jefferson Health Plans CHIP

9. Sección 2: Derechos y responsabilidades

9. Derechos y responsabilidades de los afiliados
9. Derechos de los miembros
10. Responsabilidades de los afiliados
10. Privacidad y confidencialidad
11. Tus costos por los servicios cubiertos
11. Primas
11. Copagos

11. ¿Qué ocurre si se me cobra un copago y estoy en desacuerdo?
11. Información de facturación
12. ¿Cuándo puede cobrarme un proveedor?
12. ¿Qué debo hacer si recibo una factura?
12. Responsabilidad de terceros
13. Denuncia de fraude o abuso
13. ¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del miembro?
13. ¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del proveedor?

14. Sección 3: Servicios de salud

14. Servicios cubiertos
18. Servicios no cubiertos
18. Segundas opiniones
18. ¿Qué es la autorización previa?
19. ¿Qué significa "medicamente necesario"?
19. Cómo solicitar la autorización previa
20. ¿Qué servicios, artículos o medicamentos necesitan autorización previa?
20. Autorización previa de un servicio o artículo
20. Autorización previa de medicamentos ambulatorios
20. ¿Qué ocurre si recibo un aviso de denegación?
21. Proceso de excepción del programa
21. Descripciones del servicio
26. Descripciones detalladas de los servicios
26. Salud del comportamiento
27. Servicios de emergencia
27. Servicios hospitalarios
28. Atención de maternidad
28. Atención durante el embarazo
28. Cuídate a ti y a tu bebé después de que nazca tu bebé
29. Recetas médicas
29. Formulario de medicamentos
29. Reembolso por medicamentos
29. Medicamentos especializados
29. Medicamentos de venta libre
30. Servicios de atención oftalmológica
31. Nueva tecnología médica
32. Bright Futures

33. Sección 4: Servicios fuera de la red y fuera del plan

- 33. Proveedores fuera de la red
- 33. Recibir atención médica mientras te encuentras fuera del área de servicio de Jefferson Health Plans CHIP
- 34. Servicios fuera del plan
- 34. Programa para mujeres, infantes y niños
- 34. Crisis de violencia doméstica y prevención
- 34. Crisis por agresión sexual y violación
- 35. Servicios de intervención temprana

36. Sección 5: Necesidades especiales y administración de la atención

- 36. Necesidades especiales
- 36. Coordinación de la atención
- 36. Administración de la atención

37. Sección 6: Quejas, reclamos y revisión externa

- 37. Quejas, reclamos y revisiones externas
- 37. Quejas
- 37. ¿Qué es una queja?
- 37. Queja de primer nivel
- 37. ¿Qué debo hacer si tengo una queja?
- 38. ¿Cuándo debería presentar una queja de primer nivel?
- 39. ¿Qué ocurre después de presentar una queja de primer nivel?
- 40. ¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP?
- 40. Queja de segundo nivel
- 40. ¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja de segundo nivel?
- 40. ¿Qué ocurre después de presentar una queja de segundo nivel?
- 41. ¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP sobre mi queja de segundo nivel?
- 41. Revisión externa de la queja
- 41. ¿Cómo solicito una revisión de la queja externa?
- 41. ¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa de la queja?
- 42. Reclamos
- 42. ¿Qué es un reclamo?

- 42. ¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?
- 42. ¿Cuándo debo presentar un reclamo?
- 42. ¿Qué ocurre después de presentar un reclamo?
- 42. ¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP?
- 43. Revisión externa del reclamo
- 43. ¿Cómo solicito una revisión externa del reclamo?
- 43. ¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa del reclamo?
- 43. Quejas y Reclamos acelerados
- 43. ¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?
- 43. Queja acelerada y revisión externa acelerada de tu queja
- 44. Reclamo acelerado y revisión externa acelerada de tu reclamo
- 45. ¿Qué tipo de ayuda puedo recibir en cuanto a los procesos de queja y reclamo?
- 45. Personas que no tienen el inglés como idioma principal
- 45. Personas con discapacidades
- 46. Referencia rápida de Jefferson Health Plans CHIP



SECCIÓN 1: BIENVENIDO

Introducción

¿Qué es CHIP?

CHIP es un programa financiado por el estado y el gobierno federal que proporciona un seguro médico integral a niños de hasta 19 años.

Nuestros miembros tienen una amplia gama de beneficios disponibles a través del programa CHIP.





Bienvenido a Jefferson Health Plans CHIP

Gracias por inscribir a tu hijo en el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) ofrecido por Jefferson Health Plans. Jefferson Health Plans CHIP es una organización de atención médica administrada que presta servicios a miembros en todos los condados de Pennsylvania. Somos el plan de salud que pone tus necesidades primero. Hemos estado sirviendo a las familias de Pennsylvania desde 1985. Nos complace brindarte los beneficios de atención médica que necesitas para tus hijos y el servicio de calidad que esperas, todo entregado con el respeto que te mereces. Trabajamos arduamente para ganarnos tu confianza y, a lo largo de los años, nuestros miembros nos han dicho que creen que hacemos un muy buen trabajo.

Nuestro programa Jefferson Health Plans CHIP te brinda todos los beneficios y servicios proporcionados por el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) de Pennsylvania, más la excelencia en el servicio al cliente del que dependen nuestros miembros. Nos comprometemos a ganarnos constantemente la confianza que has depositado en Jefferson Health Plans CHIP.

Jefferson Health Plans CHIP tiene una red de proveedores contratados, instalaciones y suministradores para proporcionar servicios de salud cubiertos a los miembros. Como miembros de Jefferson Health Plans CHIP, tus niños deben utilizar nuestros proveedores participantes (que incluye a médicos, hospitales y farmacias), para toda su atención médica (excepto para atención de urgencia necesaria cuando te encuentras fuera del área, o para atención de emergencia o servicios de planificación familiar).

Nuestra red cuidadosamente seleccionada incluye PCP, especialistas y otros proveedores que trabajan juntos para satisfacer las necesidades de salud de tus hijos. El PCP de tu hijo es su principal defensor de la atención médica, listo para brindar atención, hacer remisiones y dar seguimiento después de las visitas o las hospitalizaciones.

Es importante visitar a proveedores dentro de la red de Jefferson Health Plans CHIP para asegurarse de recibir la mejor calidad de atención.



Servicios para Miembros

El personal de Servicios para Miembros puede ayudarte de la siguiente manera:

- Preguntas sobre tus beneficios y servicios
- Encontrar un proveedor dentro de la red
- Cómo solicitar una nueva tarjeta de identificación
- Cómo elegir o cambiar el proveedor de atención primaria de tu hijo
- Otros servicios

Si alguna vez tienes preguntas sobre tu cobertura o la atención que estás recibiendo, simplemente llama a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al 1-888-888-1211. Estamos a tu disposición para ayudarte las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Los Servicios para Miembros también pueden ser contactados por escrito en:

Jefferson Health Plans CHIP
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Independientemente del idioma que hables, podemos ayudar. A través de un servicio especial, tienes acceso a más de 140 idiomas diferentes para hablar con nosotros. También podemos ayudar a coordinar los servicios de interpretación cuando tu hijo recibe servicios de salud, sin costo alguno para ti. Para recibir ayuda, simplemente llama a Servicios para Miembros.

Si tienes alguna discapacidad auditiva y llamas desde un teléfono TTY, marca el 1-877-454-8477.

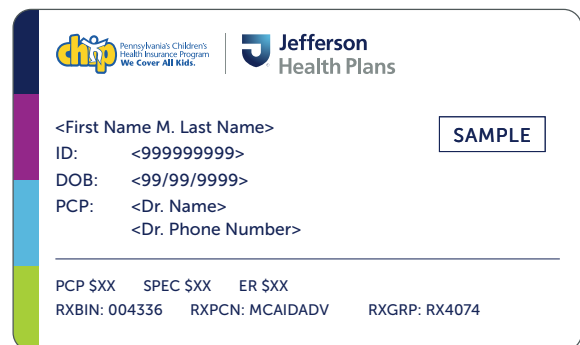
Si necesitas ayuda para leer la información contenida en este Manual del miembro, llámanos a los números de teléfono que aparecen arriba.

También puedes visitar nuestro sitio web en JeffersonHealthPlans.com/CHIP para obtener más información sobre el uso de Jefferson Health Plans CHIP para ayudar a que tus niños estén sanos.

Tarjetas de identificación de membresía

Tu tarjeta de identificación de membresía les permite a todos saber que tus niños son miembros de Jefferson Health Plans CHIP. El nombre y número de teléfono de tu médico de atención primaria (PCP) están en tu tarjeta. Tu tarjeta es importante. Debes mostrarla cuando tus niños vayan a visitas al médico y al dentista, para obtener medicamentos y para obtener todos los demás beneficios y servicios cubiertos. No permitas que nadie más utilice las tarjetas de tus niños.

Si no tienes tu tarjeta, el proveedor de tus niños puede llamarnos. Le informaremos que tus hijos son miembros de Jefferson Health Plans CHIP. Si alguna vez pierdes tu tarjeta o te la roban, llama a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477). Alguien está a tu disposición para ayudarte las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si pierdes o te roban tu tarjeta, continuarán todos los servicios que recibes y todos los servicios seguirán estando disponibles mientras esperas que te entreguen una nueva tarjeta.



Información de contacto importante

La siguiente es una lista de números de teléfono importantes que puedes necesitar. Si no estás seguro de a quién llamar, comunícate con Servicios para Miembros para obtener ayuda: 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Emergencias

Para obtener más información sobre los servicios de emergencia, consulta la **Sección 3, Servicios cubiertos**, a partir de la página **14**. Si tienes una emergencia, puedes obtener ayuda acudiendo al departamento de emergencia más cercano, llamando al 911 o llamando a tu servicio de ambulancia local.

Información de contacto importante: A simple vista

Nombre	Información de contacto: Número de teléfono o sitio web	Apoyo brindado
Números de teléfono del Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania		
Oficina de CHIP	1-800-986-KIDS (5437) chipcoverspakids.com	Problemas no resueltos
COMPASS	1-877-395-8930 <i>o al</i> 1-800-451-5886 (TTY/TTD) <i>o en</i> compass.state.pa.us <i>o en la</i> aplicación móvil myCOMPASS PA para teléfonos inteligentes	Cambia tu información personal para la elegibilidad de CHIP. Para obtener más información, consulta la página 5 de este Manual.
Línea Directa para Denuncias de Fraude y Abuso, Departamento de Servicios Humanos	1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477)	Denuncia de fraude o abuso por parte del miembro o proveedor en el programa de CHIP. Para obtener más información, consulta la página 13 de este Manual.
Otros números de teléfono importantes		
Teladoc	1-800-Teladoc (835-2362), 1-800-877-8973 (TTY)	Habla con una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sobre asuntos de salud de urgencia. Para obtener más información, consulta la página 8 de este Manual.
Pennsylvania Insurance Department; Bureau of Consumer Services	1-877-881-6388	Solicita un formulario de queja, presenta una queja o habla con un representante de servicios al consumidor.
Servicios de salud conductual	1-800-424-3701	Tratamiento contra las drogas y el alcohol y servicios de salud mental

Otros números de teléfono	
Childline	1-800-932-0313
Servicios de Intervención de Crisis	Consulta la página 47
Asistencia legal	1-800-274-3258
Servicios de Salud Mental/ Discapacidad Intelectual	1-888-565-9435
Línea Nacional de Prevención del Suicidio	1-800-273-8255
Programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)	1-800-942-9467
Línea directa para la Violencia Doméstica	1-800-799-7233
Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis El número de 988 Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Llama: 988 Envía un mensaje de texto: 988 Visita o chatea en: 988lifeline.org

Servicios de comunicación

Jefferson Health Plans CHIP puede proporcionar este Manual y otra información que necesites en idiomas distintos al inglés sin costo para ti. Jefferson Health Plans CHIP también puede proporcionar tu Manual y otra información que necesites en otros formatos, como discos compactos, braille, letra grande, DVD, comunicación electrónica y otros formatos, de ser necesarios, sin costo para ti. Comunícate con Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) para solicitar la ayuda que necesitas. Dependiendo de la información que necesites, Jefferson Health Plans CHIP puede tardar hasta cinco (5) días hábiles en enviarte la información.

Jefferson Health Plans CHIP también proporcionará un intérprete, incluso para el lenguaje de señas americano o servicios de TTY, si no hablas o entiendes inglés o si eres sordo o tienes problemas de audición. Estos servicios están disponibles sin costo para ti. Si necesitas un intérprete, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 y ellos te conectarán con un servicio de intérprete que satisfaga tus necesidades. Para los servicios TTY, llama a nuestro número especializado al TTY 1-877-454-8477 o llama a Servicios para Miembros para que te conecten con la siguiente línea TTY disponible.

Si tu PCP u otro proveedor no pueden proporcionar un intérprete para tu cita, Jefferson Health Plans CHIP te proporcionará uno. Llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) si necesitas un intérprete para una cita.

Inscripción

Para calificar para la cobertura de seguro médico en virtud del programa CHIP, tu hijo debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser menor de 19 años
- Ser residente de Pennsylvania
- Ser ciudadano de los EE. UU., nacional de los EE. UU. o inmigrante presente legalmente
- No contar con un seguro (no tener ninguna otra cobertura de seguro médico)
- No ser elegible para Asistencia Médica (Medicaid)

Debes cumplir con las pautas establecidas según el tamaño del hogar y los ingresos:

pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip/eligibility-and-benefits.html. La mayoría de las familias pueden recibir la cobertura de CHIP sin cargo. Otros pueden obtener los mismos beneficios a un costo bajo, según el tamaño del hogar y los ingresos. Recibirás cobertura de CHIP durante el período de inscripción de doce (12) meses, a menos que ocurra una de las situaciones indicadas en la sección "pérdida del beneficio".

Renovación

La cobertura de CHIP debe renovarse al final del período de doce (12) meses de inscripción. La cobertura de un niño puede renovarse, si es elegible, cada doce (12) meses hasta que el niño cumpla 19 años.

Una renovación es solo una revisión de la situación familiar. Solo se te pedirá que verifiques los ingresos del hogar a menos que otros factores del hogar hayan cambiado y requieran verificación.

A los noventa (90) días calendario antes del final del período de inscripción de doce (12) meses, se te enviará un aviso en el que se te preguntará si hay algún cambio que deba realizarse. Si no hay cambios, la oficina de asistencia del condado intentará realizar la renovación con fuentes de datos electrónicas.

Si la oficina de asistencia del condado no puede realizar la renovación con fuentes de datos electrónicas, se te enviará por correo un aviso y formularios de renovación prellenados con un sobre con franqueo pagado y con tu dirección. Debes proporcionar el formulario de renovación y las verificaciones antes del período de inscripción de 12 meses.

El equipo de Participación comunitaria de Jefferson Health Plans CHIP puede ayudarte

a completar los formularios de renovación sin costo alguno. Puedes comunicarte con el equipo de Participación comunitaria al 1-833-435-1995 o por correo electrónico a communityconnect@jeffersonhealthplans.com.

Es importante que sigas las instrucciones para que tu cobertura de CHIP no termine. Si tienes preguntas sobre cualquier documentación que recibes o no estás seguro de si tu elegibilidad para CHIP está al día, llama a la Oficina de CHIP o al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-895-8930 (en Philadelphia, llama al 215-560-7226).

Cambiar tu plan CHIP

Puedes cambiar tu plan CHIP en cualquier momento, por cualquier motivo. Para cambiar tu plan CHIP, llama a CHIP al 1-800-986-KIDS (5437). Te informarán cuándo comenzará el cambio a tu nuevo plan CHIP, y permanecerás en Jefferson Health Plans CHIP hasta entonces. Usa tu Tarjeta de identificación de Jefferson Health Plans CHIP en tus citas hasta que comience tu nuevo plan.

Cambios en el hogar

Llama al Centro de Servicio al Cliente al 1-877-895-8930 (en Philadelphia, llama al 215-560-7226) o envía un mensaje a tu asistente social a través de tu cuenta de MYCOMPASS o la aplicación móvil si hay algún cambio en tu hogar.

Por ejemplo:

- Alguien en tu hogar está embarazada o tiene un bebé.
- Tu dirección o número de teléfono cambian.
- Tú o un miembro de tu familia que vive contigo obtiene otro seguro médico.
- Tú o un miembro de tu familia que vive contigo se enferma o queda discapacitado.
- Un miembro de la familia se muda a tu hogar o se va de él.
- Hay una muerte en la familia.

Un bebé recién nacido es asignado automáticamente al plan CHIP actual de la madre durante los primeros treinta y un (31) días. Luego, se realizará una revisión de Asistencia Médica.

¿Qué debo hacer si me mudo?

Si te mudas de tu condado, es posible que debas elegir un nuevo plan CHIP. Comunícate con la Oficina de CHIP si te mudas. Si Jefferson Health Plans CHIP también presta servicios en tu nuevo

condado, puedes permanecer en Jefferson Health Plans CHIP. Si Jefferson Health Plans CHIP no presta servicios en tu nuevo condado, la Oficina de CHIP te ayudará a transferirte a una nueva MCO para tu nuevo condado. Si te mudas fuera del estado, ya no serás elegible para recibir servicios a través de Pennsylvania CHIP. Comunícate con el Centro de Servicio al Cliente al 1-877-895-8930 (en Philadelphia, llama al 215-560-7226) si te mudas fuera del estado. La persona que esté trabajando en tu caso finalizará tus beneficios en Pennsylvania. Deberás solicitar los beneficios en tu nuevo estado.

Pérdida de beneficios

Si tu cobertura de CHIP finaliza por cualquier motivo, pero vuelves a ser elegible dentro de los seis (6) meses, se te volverá a inscribir en la misma compañía de seguros. Puedes elegir una MCO diferente en cualquier momento.

Existen algunos motivos por los que puedes perder tus beneficios, incluso durante el período de inscripción de doce (12) meses.

Entre estas se incluyen:

- Te vuelves elegible para obtener otra cobertura de seguro médico acreditable (incluida Asistencia Médica, ciertos seguros del empleador, etc.).
- No estás pagando tu prima (si eres un miembro de costo completo).
- No completas una renovación.
- Obtienes otra cobertura de seguro médico acreditable.
- Cometes fraude a CHIP y agotas todas las apelaciones.
- Rescindes tu cobertura voluntariamente.
- Tu hijo cumple 19 años.
- Tu hijo falleció.
- Tu hijo se muda fuera del estado.
- Tu hijo se muda fuera del condado.
- Se proporcionó información errónea en el momento de la solicitud o renovación que hubiera dado lugar a una determinación de inelegibilidad.
- Se hace un uso indebido de la(s) tarjeta(s) de identificación de tu(s) hijo(s).

Información del directorio de proveedores

El directorio de proveedores de Jefferson Health Plans CHIP tiene información sobre los proveedores en la red de Jefferson Health Plans CHIP. El directorio de proveedores se encuentra en línea aquí JeffersonHealthPlans.com/CHIP. Puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) para solicitar que se te envíe una copia del directorio de proveedores o para solicitar información relacionada con la escuela de medicina a la que asistió un médico o el programa de residencia. También puedes llamar para obtener ayuda para encontrar un proveedor. El directorio de proveedores incluye la siguiente información sobre proveedores de la red:

- Nombre, dirección, dirección del sitio web, dirección de correo electrónico, número de teléfono.
- Si el proveedor acepta nuevos pacientes o no.
- Días y horas de funcionamiento.
- Las credenciales del proveedor y las certificaciones de la junta.
- Especialidades y servicios ofrecidos por el proveedor.
- Si el proveedor habla idiomas distintos del inglés o no, y de ser así, qué idiomas.
- Si las ubicaciones de los proveedores son accesibles en silla de ruedas o no.

La información en el directorio de proveedores impreso puede cambiar. Puedes llamar a Servicios para Miembros para verificar si la información en el directorio de proveedores está actualizada. Jefferson Health Plans CHIP actualiza el directorio de proveedores impreso cada mes. El directorio en línea se actualiza al menos a diario.

Cómo elegir tu proveedor de atención primaria (PCP)

Tu PCP es el médico o grupo de médicos que brinda y trabaja con tus otros proveedores de atención médica para asegurarte de que recibas los servicios de atención médica que necesitas. Tu PCP te remite a los especialistas que necesitas y realiza un seguimiento de la atención que recibes de todos tus proveedores.

Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de práctica general, un pediatra o un internista (médico de medicina interna).

También puedes elegir un enfermero practicante registrado y certificado (CRNP) como PCP. Un CRNP funciona bajo la dirección de un médico y puede hacer muchas de las mismas cosas que un médico puede hacer, como recetar medicamentos y diagnosticar enfermedades.

Todos los niños afiliados deben tener un PCP. Tienes catorce (14) días a partir de la recepción de tu carta de aviso de inscripción para seleccionar un PCP. Si no seleccionas un PCP, Jefferson Health Plans CHIP le asignará un PCP a tu hijo.

Algunos médicos tienen otros profesionales médicos que pueden atenderte y brindarte atención y tratamiento bajo la supervisión de tu PCP.

Algunos de estos profesionales médicos pueden ser:

- Asistentes médicos
- Médicos residentes
- Enfermeras parteras certificadas

Si tienes necesidades médicas especiales, puedes solicitar que un especialista sea tu PCP. El especialista debe aceptar ser tu PCP y debe estar en la red de Jefferson Health Plans CHIP.

Cómo cambiar tu PCP

Si deseas cambiar tu PCP por cualquier motivo, puedes visitar el Portal para miembros o llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) para solicitar un nuevo PCP. Si necesitas ayuda para encontrar un nuevo PCP, puedes visitar JeffersonHealthPlans.com/CHIP, que incluye un directorio de proveedores, o pedir a Servicios para Miembros que te envíe un directorio de proveedores impreso.

Jefferson Health Plans CHIP te enviará una nueva Tarjeta de identificación con el nombre y el número de teléfono del nuevo PCP. El representante de Servicios para Miembros te informará cuándo puedes comenzar a ver a tu nuevo PCP.

Cuando cambies tu PCP, Jefferson Health Plans CHIP puede ayudar a coordinar el envío de tus registros médicos de tu PCP anterior al nuevo. En situaciones de emergencias, Jefferson Health Plans CHIP te ayudará a transferir tus registros médicos lo antes posible.

Si tienes un pediatra o especialista en pediatría como PCP, puedes pedir ayuda para cambiar a un PCP que brinde servicios de medicina familiar en cualquier momento.

Visitas al consultorio

Cómo concretar una cita con tu PCP

Para programar una cita con tu PCP, llama al consultorio de tu PCP. Si necesitas ayuda para programar una cita, llama a Servicios para Miembros de Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Si no tienes tu tarjeta de identificación de Jefferson Health Plans CHIP al momento de tu cita, también debes informar a tu PCP que seleccionaste a Jefferson Health Plans CHIP como tu plan CHIP.

Normas de citas

Los proveedores de Jefferson Health Plans CHIP deben cumplir con las siguientes normas de citas:

- Tu PCP debe atenderte dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a tu llamada para programar una cita de rutina.
- No deberías tener que esperar en la sala de espera durante más de treinta (30) minutos, a menos que el médico tenga una emergencia.
- Si tienes una condición médica urgente, tu proveedor debe atenderte dentro de las 24 horas posteriores a tu llamada para programar una cita.
- Si tienes una emergencia, el proveedor debe atenderte de inmediato o remitirte a una sala de emergencias.
- Si estás embarazada y
 - En el primer trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada.
 - En el segundo trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada.
 - En el tercer trimestre, tu proveedor debe atenderte en un plazo de cuatro (4) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada.

- Tienes un embarazo de alto riesgo, tu proveedor debe atenderte en un plazo de 24 horas a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada.

Remisiones

Una remisión es cuando tu PCP te envía a un especialista. Un especialista es un médico (o un grupo de médicos) o un CRNP que enfoca su práctica en el tratamiento de una enfermedad o afección médica o una parte específica del cuerpo. Si acudes a un especialista sin una remisión de tu PCP, es posible que tengas que pagar la factura.

Si Jefferson Health Plans CHIP solo tiene uno o dos especialistas en tu área y no deseas consultar a ninguno de ellos, Jefferson Health Plans CHIP trabajará contigo para consultar a un especialista fuera de la red sin costo alguno. Tu PCP debe comunicarse con Jefferson Health Plans CHIP para informarnos que deseas ver a un especialista fuera de la red y obtener la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP antes de ver al especialista.

Tu PCP te ayudará a programar la cita con el especialista. El PCP y el especialista trabajarán contigo y entre ustedes para asegurarse de que recibas la atención médica que necesitas.

A veces puedes tener una condición médica especial en la que necesites ver al especialista con frecuencia. Cuando tu PCP te remite a un especialista para varias visitas, esto se denomina remisión permanente.

Para obtener una lista de especialistas en la red de Jefferson Health Plans CHIP, consulta el directorio de proveedores en nuestro sitio web en [JeffersonHealthPlans.com/CHIP](https://www.jeffersonhealthplans.com/CHIP) o llama a Servicios para Miembros para pedir ayuda o solicitar un directorio de proveedores impreso.

Autoremisiones

Las autoremisiones son servicios que organizas para ti mismo y no requieren que tu PCP haga los arreglos para que recibas el servicio. Debes usar un proveedor de la red de Jefferson Health Plans CHIP a menos que Jefferson Health Plans CHIP apruebe a un proveedor fuera de la red.

Los servicios que no necesitan una remisión incluyen:

- Atención prenatal
- Atención obstétrica (OB) de rutina
- Atención ginecológica (GYN) de rutina
- Servicios de rutina de planificación familiar (puedes ver un proveedor fuera de la red)
- Servicios dentales de rutina
- Exámenes oftalmológicos de rutina
- Servicios de emergencia

No necesitas una remisión de tu PCP para los servicios de salud conductual. Puedes llamar a tu organización de atención administrada de salud conductual para obtener más información. Consulta la sección 3 del Manual, en la página **14** para obtener más información.

Atención después del horario habitual

Puedes llamar a tu PCP para problemas médicos que no sean de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los profesionales de atención médica de guardia te ayudarán con cualquier atención y tratamiento que necesites.

Jefferson Health Plans CHIP trabaja con Teladoc para conectarte con médicos que pueden ayudarte con muchas afecciones médicas que no son de emergencia. Teladoc es una línea de asesoramiento gratuita a la que puedes llamar al 1-800-Teladoc (835-2362), 1-800-877-8973 (TTY). Visita [TeladocHealth.com](https://www.teladochealth.com) para configurar una cuenta para un acceso más fácil. Teladoc está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Una enfermera hablará contigo sobre tus asuntos de salud urgentes.

Tu hijo tiene acceso gratuito a proveedores de Jefferson las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con JeffConnect. Visita [JeffConnect.org](https://www.jeffconnect.org) o descarga la aplicación JeffConnect en App Store o Google Play para empezar.

Participación de los miembros

Sugerir cambios a las políticas y servicios

A Jefferson Health Plans CHIP le gustaría conocer tu opinión sobre cómo mejorar tu experiencia con CHIP. Si tienes sugerencias sobre cómo mejorar el programa o cómo brindar servicios de manera diferente, comunícate con Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Programa de mejora de la calidad de Jefferson Health Plans CHIP

El Programa de Mejora de Calidad y Desempeño (QIP) de Jefferson Health Plans CHIP se centra en mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de nuestros miembros.

El Equipo de Mejoramiento de Calidad planifica y dirige proyectos que ayudan a nuestros miembros a mantenerse saludables. Ayudan a las personas a programar citas, programar eventos de salud con nuestros socios, coordinar visitas a domicilio y enviar kits de salud por correo. También conectan a los miembros con recursos comunitarios, ayudan con los medicamentos y trabajan para reducir las desigualdades en la salud. El Equipo de mejora de la calidad trabaja directamente con los proveedores en iniciativas para mejorar la experiencia general de los miembros y mejorar la atención centrada en el paciente. Para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

SECCIÓN 2: DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Derechos y responsabilidades de los afiliados

Jefferson Health Plans CHIP y su red de proveedores no discriminan a los afiliados por motivos de raza, color, credo, sexo, religión, edad, nacionalidad, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, idioma, estado de CHIP, estado de ingresos, participación en el programa, estado de salud, enfermedad o afección preexistente, necesidad anticipada de atención médica o discapacidad física o mental, excepto cuando se indique médicamente.

Como miembro de Jefferson Health Plans CHIP, tienes los siguientes derechos y responsabilidades.

Derechos de los miembros

Tienes el derecho:

1. A ser tratado con respeto, reconociendo tu dignidad y necesidad de privacidad, por el personal de Jefferson Health Plans CHIP y los proveedores de la red.
2. A obtener información de una manera que puedas entender fácilmente y recibir ayuda cuando la necesites.
3. A obtener información que puedas comprender fácilmente sobre Jefferson Health Plans CHIP, tus derechos y responsabilidades como miembro, tus servicios, los médicos y otros proveedores que te tratan.
4. A elegir a los proveedores de atención médica de la red con los que deseas ser tratado.
5. A recibir servicios de emergencia cuando los necesites de cualquier proveedor sin la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP.
6. A obtener información que puedas comprender fácilmente y hablar con tus proveedores sobre tus opciones de tratamiento, los riesgos de tratamiento, las terapias alternativas y las consultas o pruebas que puedes autoadministrarte sin ninguna interferencia de Jefferson Health Plans CHIP, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.



7. A tomar todas las decisiones sobre tu atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento. A que otra persona te ayude a tomar decisiones o tome decisiones por ti cuando tú no puedas tomar decisiones de tratamiento por ti mismo.
8. A hablar confidencialmente con los proveedores y que tu información y registros de atención médica se mantengan confidenciales.
9. El derecho a una discusión sincera sobre las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para tus afecciones, independientemente del costo o la cobertura de beneficios.
10. A ver y obtener una copia de tus registros médicos y solicitar cambios o correcciones en tus registros médicos.
11. A pedir una segunda opinión.
12. A presentar un reclamo si no estás de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP de que un servicio no es médicamente necesario para ti.
13. A presentar una queja si no estás satisfecho con la atención o el tratamiento que recibiste.
14. Solicitar una revisión externa de DHS.
15. A estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada para obligarlo a hacer algo o para disciplinarlo, para que sea más fácil para el proveedor o para castigarlo.
16. A recibir información sobre servicios que Jefferson Health Plans CHIP o un proveedor no cubre debido a objeciones morales o religiosas y sobre cómo obtener esos servicios.
17. A ejercer tus derechos sin que esto afecte negativamente la forma en que DHS, Jefferson Health Plans CHIP y los proveedores de la red te tratan.
18. A hacer recomendaciones respecto de los derechos y las responsabilidades de los afiliados de Jefferson Health Plans CHIP.

Responsabilidades de los afiliados

Se les pide a los afiliados que trabajen con sus proveedores de servicios de atención médica. Jefferson Health Plans CHIP necesita tu ayuda para que puedas obtener los servicios y el apoyo que necesitas. Tienes la responsabilidad de:

1. Proporcionar, en la medida en que puedas, la información que necesiten tus proveedores.
2. Seguir las instrucciones y pautas proporcionadas por tus proveedores.
3. Participar en las decisiones sobre tu atención médica y tratamiento.
4. Trabajar con tus proveedores para crear y llevar a cabo tus planes de tratamiento.
5. Decirles a tus proveedores lo que quieres y necesitas.
6. Obtén información sobre la cobertura de Jefferson Health Plans CHIP, incluidos todos los beneficios y límites cubiertos y no cubiertos.
7. Usar solo proveedores de la red a menos que Jefferson Health Plans CHIP apruebe a un proveedor fuera de la red. Es posible que debas pagar si no usas proveedores dentro de la red.
8. Obtén una remisión de tu PCP para ver a un especialista.
9. Respetar a otros pacientes, personal de los proveedores y trabajadores de los proveedores.
10. Hacer un esfuerzo de buena fe para pagar tus copagos.
11. Denunciar el fraude y el abuso a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso de DHS.

Privacidad y confidencialidad

Jefferson Health Plans CHIP debe proteger la privacidad de tu Información de Salud Protegida (PHI). Jefferson Health Plans CHIP debe decirte cómo se puede usar o compartir tu PHI con otras personas. Esto incluye compartir tu PHI con los proveedores que te están tratando o para que Jefferson Health Plans CHIP pueda pagarles a tus proveedores. También incluye compartir tu PHI con el DHS. Esta información está incluida en el Aviso de prácticas de privacidad de Jefferson Health Plans CHIP. Para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Jefferson Health Plans CHIP, llama al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o visita JeffersonHealthPlans.com.

Tus costos por los servicios cubiertos

Primas

Las primas son los pagos mensuales programados regularmente que pagas a Jefferson Health Plans CHIP por la cobertura de CHIP. **No hay primas para los afiliados con cobertura de CHIP gratuita.** Si tu hijo está inscrito en CHIP de bajo costo o de costo total, cada mes recibirás una factura por la prima del mes siguiente. Recibirás un aviso de Jefferson Health Plans CHIP sobre cualquier cambio en el pago de tu prima mensual treinta (30) días antes de que se produzca el cambio.

Si tu hijo es dado de baja por falta de pago de las primas, puedes optar por que tu hijo sea reinscrito dentro de los noventa (90) días. Todas las primas no pagadas deben pagarse antes de que tu hijo pueda ser reinscrito. Si esperas más de 90 días, deberás completar una nueva solicitud.

Copagos

Un copago es el monto que pagas por algunos servicios cubiertos. Por lo general, es solo un pequeño monto. Se te pedirá que pagues tu copago cuando recibas el servicio, pero no se te puede negar un servicio si no puedes pagar un copago en ese momento. Si no pagaste tu copago en el momento del servicio, puedes recibir una factura de tu proveedor por el copago.

Los montos del copago se pueden encontrar en el cuadro de Servicios cubiertos que comienza en la página **14** de este Manual.

Los afiliados al programa gratuito no tienen que pagar copagos. Los siguientes servicios no requieren un copago:

- Visita de bienestar del niño al PCP
- Terapia médica ambulatoria
- Estadía en un centro para pacientes hospitalizados
- Visita de salud conductual para pacientes hospitalizados/ambulatorios por salud mental o abuso de sustancias
- Atención dental de rutina
- Atención oftalmológica de rutina
- Servicios de emergencia
- Servicios de laboratorio
- Servicios de planificación familiar, incluyendo suministros
- Servicios hospitalarios
- Servicios de salud domiciliarios

¿Qué ocurre si se me cobra un copago y estoy en desacuerdo?

Si crees que un proveedor te cobró el monto incorrecto por un copago que crees que no deberías haber pagado, puedes presentar una queja ante Jefferson Health Plans CHIP. Consulta la **Sección 6, Quejas, reclamos y revisión externa** para obtener información sobre cómo presentar una queja, un reclamo o una revisión externa o llama a Servicios para Afiliados al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Costos dentales

Excepto en el caso de una emergencia, para que un beneficio dental esté completamente cubierto por CHIP, la atención dental debe ser proporcionada por un dentista que sea un proveedor de Jefferson Health Plans CHIP dentro de la red. Los beneficios dentales cubiertos proporcionados por un proveedor de la red y aprobados por Jefferson Health Plans CHIP no tendrán costos de bolsillo.

No hay beneficios dentales fuera de la red para los planes de CHIP. Si decides consultar a un dentista fuera de la red sin la aprobación previa de Jefferson Health Plans CHIP, serás responsable de cualquier cargo en el que se incurra por los servicios.

En un caso que involucre un servicio cubierto en el que el dentista, la persona inscrita o el padre o la madre de la persona inscrita seleccionen un tratamiento más costoso que el que se proporciona habitualmente para la afección dental, el pago en virtud de este beneficio será según la asignación de cargos para el procedimiento menor. En este caso, el padre o la madre es responsable de pagar la diferencia entre el cargo del servicio real prestado y el monto recibido de Jefferson Health Plans CHIP.

Información de facturación

Es posible que los proveedores de la red de Jefferson Health Plans CHIP no te facturen los servicios médicamente necesarios que cubre Jefferson Health Plans CHIP. Incluso si tu proveedor no ha recibido el pago o el monto total de su cargo de Jefferson Health Plans CHIP, es posible que el proveedor no te facture. Esto se denomina facturación del saldo.

¿Cuándo puede cobrarme un proveedor?

Los proveedores pueden cobrarte si:

- No pagaste tu copago.
- Recibiste servicios de un proveedor fuera de la red sin la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP y el proveedor te dijo antes de recibir el servicio que el servicio no estaría cubierto, y aceptaste pagar por dicho servicio.
- Recibiste servicios que no están cubiertos por Jefferson Health Plans CHIP y el proveedor te dijo antes de recibir el servicio que el servicio no estaría cubierto y aceptaste pagar por dicho servicio.
- Tu hijo recibió un servicio de un proveedor que no está inscrito en el Estado libre asociado.
- Tu hijo supera un límite de beneficios para un servicio.
- Tu hijo recibe un servicio médico que no es un beneficio cubierto.

Los proveedores fuera de la red no pueden facturar a los afiliados por los servicios que superen la tasa de reembolso acordada por Jefferson Health Plans CHIP. Esto significa que, salvo en las circunstancias anteriores, no debes recibir una factura de un proveedor fuera de la red. Si recibes una factura de un proveedor fuera de la red, llama a Servicios para Afiliados al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) de inmediato para que la situación pueda resolverse lo antes posible.

Es posible que los proveedores de la red de Jefferson Health Plans CHIP no te facturen los servicios que cubre Jefferson Health Plans CHIP. Incluso si tu proveedor no ha recibido el pago o el monto total de su cargo de Jefferson Health Plans CHIP, es posible que el proveedor no te facture. Esto se denomina facturación del saldo.

¿Qué debo hacer si recibo una factura?

Si recibes una factura de un proveedor de la red de Jefferson Health Plans CHIP y crees que el proveedor no debería haberte facturado, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Los proveedores participantes no pueden facturarte a menos que te digan que tendrás que pagar el servicio antes de recibirlo.

A veces, también puedes recibir una factura de tu hospital o médico por error.

Si recibes una factura:

1. Ábrelo de inmediato.
2. Si la factura es por servicios que crees que están cubiertos por Jefferson Health Plans CHIP, no la pagues. Simplemente escribe en la factura "Jefferson Health Plans CHIP" y el número de identificación de Jefferson Health Plans CHIP de tu hijo o hija tal como aparece en la tarjeta de identificación.
3. Envía la factura al consultorio que te la envió.
4. Llama al número de teléfono de "preguntas de facturación" que se muestra en la factura y proporciona el número de identificación de Jefferson Health Plans CHIP de tu hijo.

Si sigues estos pasos de inmediato, no deberías recibir más facturas por la atención médica de tus hijos (excepto los montos impagos de copago) siempre que vayas a los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores participantes de Jefferson Health Plans CHIP.

Si recibes una factura de un proveedor por una de las razones anteriores de que un proveedor puede facturarte, debes pagar la factura o llamar al proveedor.

Responsabilidad de terceros

Los afiliados de CHIP no pueden tener ninguna otra cobertura de seguro médico acreditable además de CHIP, pero ocasionalmente puede haber situaciones en las que algunas de las facturas de atención médica de tu hijo pueden estar cubiertas por una póliza diferente a CHIP. Un ejemplo de cuándo esto podría suceder es cuando un afiliado está involucrado en un accidente automovilístico y parte del costo de su atención médica está cubierto por la póliza de seguro de automóvil. Esto se denomina subrogación. Si tu hijo se lesiona o enferma como resultado de un accidente y hay otra póliza de seguro involucrada, llama a Jefferson Health Plans CHIP e infórmale sobre la situación.

Denuncia de fraude o abuso

¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del miembro?

Si crees que alguien está utilizando tu tarjeta de Jefferson Health Plans CHIP o la de otro afiliado para obtener servicios, equipos o medicamentos, está falsificando o cambiando sus recetas, o recibiendo servicios que no necesita, debes llamar a la Línea Directa de Fraudes y Abusos de Jefferson Health Plans CHIP al 1-866-477-4848 (TTY 1-877-454-8477) para brindar esta información a Jefferson Health Plans CHIP. También puedes denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).

¿Cómo denuncio el fraude o abuso por parte del proveedor?

El fraude del proveedor se produce cuando un proveedor factura por los servicios, equipos o medicamentos que no recibiste o factura por un servicio diferente al que recibiste. Facturar por el mismo servicio más de una vez o cambiar la fecha del servicio también son ejemplos de fraude del proveedor. Para denunciar el fraude de proveedores, puedes llamar a Línea Directa de Fraudes y Abusos de Jefferson Health Plans CHIP al 1-866-477-4848. También puedes denunciar esta información a la Línea Directa de Denuncias de Fraude y Abuso del DHS al 1-844-DHS-TIPS (1-844-347-8477).





SECCIÓN 3: SERVICIOS DE SALUD

Servicios cubiertos

El siguiente cuadro enumera los servicios cubiertos por Jefferson Health Plans CHIP cuando los servicios son médicamente necesarios. Algunos de los servicios tienen límites o copagos, necesitan una remisión de tu PCP o una autorización previa de Jefferson Health Plans CHIP. Si necesitas servicios más allá de los límites que se detallan a continuación, tu proveedor puede solicitar una excepción, como se explica más adelante en esta sección.

Servicio		Gratuito	Subsidiado	Completo
Visitas de atención primaria para el bienestar del niño	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Visitas de atención primaria	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Especialista	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$10	\$25
	Autorización previa/Remisión	N/C	N/C	N/C
Enfermero practicante registrado y certificado	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Centro de salud federalmente calificado/centro de salud rural	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Clínica ambulatoria no hospitalaria	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Clínica ambulatoria hospitalaria	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	No	No	No
Servicios de podología	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí	Sí
Servicios quiroprácticos	Límite	20 visitas por año	20 visitas por año	20 visitas por año
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/Remisión	Sí	Sí	Sí

Servicio		Gratuito	Subsidiado	Completo
Servicios de optometría	Límite	1 examen por año	1 examen por año	1 examen por año
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Cuidados paliativos	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Servicios odontológicos	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Es posible que se requiera Autorización previa según el procedimiento dental	Es posible que se requiera Autorización previa según el procedimiento dental	Es posible que se requiera Autorización previa según el procedimiento dental
Radiología (p. ej., rayos X, resonancias magnéticas [RM], tomografías computarizadas [TC])	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Unidad de procedimientos breves del hospital de paciente ambulatorio	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Centro quirúrgico de paciente ambulatorio	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Clínica ambulatoria hospitalaria	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$5	\$15
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Transporte médico que no sea de emergencia	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Servicios de planificación familiar	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Diálisis renal	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí

Servicio		Gratuito	Subsidiado	Completo
Servicios de emergencia	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$25 Este copago no se aplica si tu niño es hospitalizado.	\$50 Este copago no se aplica si tu niño es hospitalizado.
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Servicios de atención de urgencia	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$10	\$25
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Servicios de ambulancia	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	No	No	No
Pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Salud conductual para pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Salud conductual para pacientes ambulatorios	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Tratamiento del trastorno del espectro autista	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Tratamiento por uso de sustancias para pacientes ambulatorios	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Consumo de sustancias: rehabilitación para pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí

Servicio		Gratuito	Subsidiado	Completo
Consumo de sustancias: desintoxicación para pacientes hospitalizados	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Prótesis y dispositivos ortóticos	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$10	\$25
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Lentes para anteojos	Límite	1 par por año	1 par por año	1 par por año
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Marcos para anteojos	Límite	1 par por año	1 par por año	1 par por año
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Lentes de contacto	Límite	1 par por año	1 par por año	1 par por año
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Suministros médicos	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Se requiere autorización previa si supera los \$500	Se requiere autorización previa si supera los \$500	Se requiere autorización previa si supera los \$500
Terapia (física, ocupacional y del habla)	Límite	Cubre hasta 30 visitas por terapia por año	Cubre hasta 30 visitas por terapia por año	Cubre hasta 30 visitas por terapia por año
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí
Laboratorio	Límite	Sin límites	Sin límites	Sin límites
	Copago	\$0	\$0	\$0
	Autorización previa/ Remisión	Sí	Sí	Sí

Servicios no cubiertos

A continuación, se enumeran los servicios de salud física que Jefferson Health Plans CHIP no cubre. Si tienes alguna pregunta sobre si Jefferson Health Plans CHIP cubre o no un servicio para ti, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

- Procedimientos médicos experimentales, medicamentos y equipos
- Servicios que no son médicamente necesarios
- Costos administrativos, tales como cargos por completar los formularios de salud o por no acudir a las citas
- Medicina alternativa, como terapia de masajes y yoga
- Cualquier servicio que no sea proporcionado ni ordenado por tu PCP o especialista de Jefferson Health Plans CHIP, excepto los servicios de emergencia, salud mental y abuso de sustancias, y de planificación familiar
- Suministros consumibles
- Cirugía cosmética, como eliminación de arrugas, abdominoplastia, rinoplastia o cualquier cirugía que pretenda exclusivamente mejorar la apariencia; solo cirugía considerada reconstructiva o reparadora con autorización previa
- Suplementos alimenticios
- Servicios de infertilidad
- Artículos de comodidad o conveniencia, como aires acondicionados y equipamiento para hacer ejercicio
- Medicamentos que no están en el formulario, a menos que estén aprobados previamente por Jefferson Health Plans CHIP
- Anteojos o lentes de contacto sin receta
- Donación de órganos a personas que no son miembros
- Pruebas de paternidad
- Exámenes físicos realizados principalmente para cumplir con los requisitos de terceros, como escuela, campamento, participación en deportes o una licencia de conducir
- Cuidado de relevo
- Servicios de podiatría de rutina

- Servicios ofrecidos o cubiertos por otros programas, como Medicare, Compensación al trabajador, o Administración de Veteranos
- Servicios proporcionados por proveedores no participantes, salvo en casos de emergencia
- Servicios brindados fuera de los Estados Unidos y sus territorios, con excepciones limitadas en Canadá, México y las aguas territoriales de los EE. UU.
- Servicios que requieren autorización previa si no se obtiene esta autorización
- Tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ)
- Transporte proporcionado para la comodidad del miembro

Esta no es una lista completa.

Segundas opiniones

Tienes derecho a solicitar una segunda opinión si no estás seguro sobre algún tratamiento médico, servicio o cirugía que no sea de emergencia que se sugiera para ti. Una segunda opinión puede brindarte más información que puede ayudarte a tomar decisiones importantes sobre tu tratamiento. Una segunda opinión está disponible para ti sin costo alguno excepto por un copago.

Llama a tu PCP para solicitar el nombre de otro proveedor de la red de Jefferson Health Plans CHIP para obtener una segunda opinión. Si no hay otros proveedores en la red de Jefferson Health Plans CHIP, puedes solicitar la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP para obtener una segunda opinión de un proveedor fuera de la red.

¿Qué es la autorización previa?

Algunos servicios o artículos necesitan aprobación de Jefferson Health Plans CHIP antes de que puedas obtener dicho servicio. Esto se denomina autorización previa. Para los servicios que requieren autorización previa, Jefferson Health Plans CHIP decide si un servicio solicitado es médicamente necesario antes de que recibas el servicio. Tú o tu proveedor deben hacer una solicitud a Jefferson Health Plans CHIP para aprobación antes de obtener el servicio.

¿Qué significa médicamente necesario?

Médicamente necesario significa que un servicio, artículo o medicamento hace uno de los siguientes:

- Se espera, o se espera razonablemente que prevenga una enfermedad, afección o discapacidad.
- Se espera, o se espera razonablemente que reduzca o mejore los efectos físicos, mentales o de desarrollo de una enfermedad, afección, lesión o discapacidad.
- Te ayudará a obtener o mantener la capacidad de realizar tareas diarias, teniendo en cuenta tanto tus habilidades o las habilidades de alguien de la misma edad.

Si necesitas ayuda para comprender cuándo un servicio, artículo o medicamento es médicamente necesario o si deseas obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

¿Cómo solicitar la autorización previa?

En algunas ocasiones, hay servicios o artículos para los que tu PCP debe solicitar la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP Plans para ti. Esto se conoce como autorización previa.

Cuando Jefferson Health Plans CHIP reciba una solicitud completa de autorización previa, nos comunicaremos contigo por teléfono dentro de los dos días hábiles a partir de la fecha en que recibimos la solicitud para informarte si aprobamos el servicio o el artículo solicitado. Se te enviará un aviso de decisión por escrito dentro de los dos días hábiles a partir de la fecha de nuestra decisión.

Si Jefferson Health Plans CHIP cree que no tenemos toda la información necesaria para tomar una decisión, le solicitaremos la información adicional necesaria al proveedor de tus hijos dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Jefferson Health Plans CHIP te informará que le pedimos a tu proveedor esta información adicional.

Jefferson Health Plans CHIP se comunicará contigo por teléfono y por escrito con nuestra decisión en un plazo de dos días hábiles después de recibir la información adicional de tu proveedor.

Si tu proveedor no envía la información adicional dentro de los 14 días calendario posteriores a nuestra solicitud, basaremos nuestra decisión en la información disponible, te enviaremos un aviso por escrito de nuestra decisión y te contactaremos verbalmente dentro de los dos días hábiles.

Tienes el derecho de apelar cualquier solicitud de autorización previa que sea rechazada. El aviso por escrito te informará lo que debes hacer para apelar.

Jefferson Health Plans CHIP sigue las normas establecidas al tomar una decisión sobre la autorización previa o si un procedimiento es médicamente necesario. Estas normas se denominan criterios clínicos. Tu proveedor puede obtener una copia de estos criterios llamando a la línea de ayuda del proveedor.

Puedes obtener una copia de los criterios clínicos utilizados para tomar una decisión de necesidad médica llamando a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Si el proveedor de tus hijos solicita una autorización para un servicio y no está aprobado, Jefferson Health Plans CHIP no pagará ese servicio. Sin embargo, aún puedes recibir el servicio si estás dispuesto a pagar de tu bolsillo. Tu proveedor te pedirá que firmes un formulario diciendo que sabes que eres responsable de pagar por este servicio no autorizado.

Antes de que tus niños reciban cualquier servicio que requiera autorización previa, tienes derecho a verificar que la autorización haya sido aprobada llamando a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Si necesitas ayuda para comprender mejor el proceso de Autorización previa, habla con tu PCP o especialista o llama a Servicios para Miembros.

Si tú o tu proveedor desean una copia de las pautas de necesidad médica u otras reglas que se utilizaron para decidir tu solicitud de autorización previa, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477). Tu proveedor puede llamar a la Línea de ayuda de servicios para proveedores al 1-888-991-9023.

¿Qué servicios, artículos o medicamentos necesitan autorización previa?

El siguiente cuadro identifica algunos, pero no todos los servicios, artículos y medicamentos que requieren autorización previa.

Estos servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Todos los servicios que no sean de emergencia prestados por proveedores no participantes de Jefferson Health Plans CHIP
- Todas las admisiones hospitalarias programadas (que no sean de emergencia)
- Servicios de ambulancia (que no sean de emergencia)
- Procedimientos en un centro de cirugía ambulatoria/una unidad de procedimientos breves
- Determinados equipos médicos duraderos, como sillas de ruedas y reparaciones
- Quimioterapia
- Examen de CT/PET/MRI
- Ecocardiograma
- Medicamentos no incluidos en el formulario de Jefferson Health Plans CHIP
- Terapia física/ocupacional/del habla
- Otros servicios según se indica en el cuadro **“Beneficios de Jefferson Health Plans CHIP”** en la **Sección 5**

Para aquellos servicios que tienen límites, si tú o tu proveedor creen que necesitas más servicios que el límite permitido por el servicio, tú o tu proveedor pueden solicitar más servicios a través del proceso de autorización previa.

Si tú o tu proveedor no están seguros de si un servicio, artículo o medicamento requiere autorización previa, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Autorización previa de un servicio o artículo

Jefferson Health Plans CHIP revisará la solicitud de autorización previa y la información que tú o tu proveedor presentaron. Jefferson Health Plans CHIP te informará su decisión dentro de los dos (2) días hábiles a partir de la fecha en que Jefferson Health Plans CHIP reciba la solicitud, siempre que Jefferson Health Plans CHIP haya recibido suficiente información para determinar si el servicio o artículo es médicamente necesario.

Si Jefferson Health Plans CHIP no tiene suficiente información para decidir sobre la solicitud,

debemos informarle a tu proveedor dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de haber recibido la solicitud que necesitamos más información para tomar una decisión y permitir catorce (14) días para que el proveedor nos brinde más información. Jefferson Health Plans CHIP te informará nuestra decisión en un plazo de dos (2) días hábiles después de que Jefferson Health Plans CHIP reciba la información adicional.

Tú y tu proveedor recibirán un aviso por escrito en el que les informarán si la solicitud fue aprobada o denegada, y si fue denegada, la razón por la cual lo fue.

Autorización previa de medicamentos ambulatorios

Jefferson Health Plans CHIP revisará una solicitud de autorización previa de medicamentos ambulatorios, que son medicamentos que no obtienes en el hospital, dentro de las 24 horas a partir de la recepción de la solicitud por parte de Jefferson Health Plans CHIP. Tú y tu proveedor recibirán un aviso por escrito en el que les informarán si la solicitud fue aprobada o denegada, y si fue denegada, la razón por la cual lo fue.

Si vas a una farmacia para surtir una receta y no te pueden surtir la receta porque necesitas autorización previa, el farmacéutico te dará un suministro temporal a menos que el farmacéutico considere que el medicamento podría causarte daño. Si aún no has tomado el medicamento, obtendrás un suministro de 72 horas. Si ya has tomado el medicamento, obtendrás un suministro de 15 días. Tu proveedor aún deberá solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP una autorización previa tan pronto como sea posible.

El farmacéutico no te dará el suministro de 15 días por un medicamento que hayas estado tomando si recibe un aviso de denegación por parte de Jefferson Health Plans CHIP diez (10) días antes de que tu receta termine informándote que el medicamento no será aprobado nuevamente, y no has presentado un reclamo.

¿Qué ocurre si recibo un aviso de denegación?

Si Jefferson Health Plans CHIP niega una solicitud de un servicio, artículo o medicamento o no te lo aprueba según lo solicitado, puedes presentar una queja o un reclamo. Si presentas una queja o un reclamo por denegación de un medicamento en curso, Jefferson Health Plans CHIP debe autorizar el medicamento hasta que se resuelva la queja o reclamo, a menos que el farmacéutico considere que el medicamento pueda causarte daño. Consulta la Sección 6, Quejas, reclamos y revisión externa, que comienza en la página **37** de este

Manual para obtener información detallada sobre quejas y reclamos.

Proceso de excepción del programa

Para aquellos servicios que tienen límites, si tú o tu proveedor creen que necesitas más servicios que el límite permitido por el servicio, tú o tu proveedor pueden solicitar una excepción del programa (PE). Para solicitar una PE, tú o tu proveedor pueden llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o enviar una solicitud a:

Jefferson Health Plans CHIP
Member Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Tu solicitud de PE debe incluir la siguiente información:

- Tu nombre
- Tu dirección
- Tu número de teléfono
- El servicio que necesitas
- El motivo por el que necesitas el servicio
- El nombre de tu proveedor
- El número de teléfono de tu proveedor

Descripciones del servicio

Las descripciones de los servicios que se enumeran en el Manual se toman del Plan estatal de Pennsylvania. El Plan estatal de Pennsylvania enumera todos los servicios disponibles para los afiliados de CHIP y está sujeto a cambios. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos por CHIP, comunícate con tu MCO.

Servicios relacionados con el autismo: Cubre los servicios médicamente necesarios incluidos en un plan de tratamiento del autismo desarrollado por un médico o psicólogo con licencia. La cobertura incluye evaluaciones y pruebas realizadas para diagnosticar trastornos del espectro autista, servicios de un psicólogo/psiquiatra, atención de rehabilitación, incluidos análisis conductual aplicado, terapia del habla/lenguaje, ocupacional y física, y cobertura de medicamentos recetados y de venta libre. Los afiliados son elegibles para usar el proceso de apelaciones aceleradas definido en la Ley 62 para quejas y reclamos relacionados con el autismo. Para brindarle a tu hijo los mejores servicios posibles relacionados con el autismo, debes comunicarte con Servicios para Miembros de Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) y solicitar hablar con un administrador de casos.

También puedes visitar el sitio web Department of Human Services Autism (Departamento de servicios humanos para el autismo) en PAautism.org para obtener más información sobre el autismo y la Ley 62.

Salud conductual: Incluye servicios de tratamiento para la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias. Encontrarás más información en la página **26**.

Servicios quiroprácticos: Incluyen manipulaciones de la columna vertebral o de otras partes del cuerpo como tratamiento de afecciones musculoesqueléticas diagnosticadas. Se incluyen consultas y radiografías.

Es posible que se requiera autorización previa. Límite de 20 visitas por año.

Tratamiento, equipos y suministros para la diabetes:
Consulta los suministros médicos desechables a continuación.

Cuidados dentales (de emergencia, preventivos y de rutina): Los servicios incluyen diagnóstico, prevención, restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia, cirugía bucal y maxilar, ortodoncia y servicios dentales complementarios necesarios para prevenir enfermedades y promover la salud bucal, restaurar la salud y la función a las estructuras bucales, y tratar afecciones de emergencia según lo exigido por la ley. Los servicios cosméticos relacionados no están cubiertos. Los servicios cubiertos se enumeran en CHIP Dental Benefits Plan (plan de beneficios dentales de CHIP) y puedes encontrar información adicional en el cuadro de servicios cubiertos en la página **14**.

Suministros médicos desechables: Incluyen suministros para ostomía y suministros urológicos considerados médicamente necesarios. No se aplican límites.

El tratamiento, el equipo y los suministros para la diabetes incluyen glucómetros, suministros para glucómetros, insulina, dispositivos de ayuda para inyecciones, jeringas, dispositivos de infusión de insulina, agentes farmacológicos para controlar el azúcar en sangre y capacitación y educación para el manejo ambulatorio. Se requiere una orden médica.

Los alimentos con fines médicos incluyen alimentos con fines médicos y fórmulas nutricionales recetadas que se usan para tratar la fenilcetonuria (PKU) y trastornos relacionados, administrados por vía oral o por sonda. No se aplican límites.

Algunos de estos artículos necesitan Autorización previa, y su PCP u otro proveedor deben solicitarlos. No se aplican límites.

Equipo médico duradero (DME): Equipo diseñado para cumplir una función médica para una afección médica, destinado para uso repetido, no desechable y adecuado para uso en el hogar o la escuela. Puede requerir autorización previa.

Transporte de emergencia: Transporte en ambulancia terrestre, aérea o acuática prestado en respuesta a una emergencia. El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.

Servicios de emergencia: Servicios prestados para la aparición repentina de una afección médica acompañada de síntomas que progresan rápidamente, de modo que la persona inscrita sufra un grave deterioro o pérdida de la función de una parte del cuerpo u órgano, o cuya vida o la vida de un bebé en gestación corra peligro.

Servicios de planificación familiar: Estos servicios incluyen, entre otros, píldoras anticonceptivas, inyectables, transdérmicos (parches) e inserción e implante de dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, esterilización y asesoramiento voluntarios.

Los medicamentos abortivos no están cubiertos.

Transición de género: Estos servicios incluyen cobertura relacionada con servicios de afirmación de género que, de otro modo, se encuentran dentro del alcance de los servicios cubiertos del beneficiario, incluidos los servicios médicos, los servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, los servicios quirúrgicos, los medicamentos recetados, las terapias y la atención de salud conductual. La necesidad médica debe determinarse utilizando las pautas de la Asociación Profesional Mundial para la Salud de las Personas Transgénero (WPATH) y cualquier sucesor de las pautas de la WPATH.

Servicios prestados para la aparición repentina de una afección médica acompañada de síntomas que progresan rápidamente, de modo que el miembro sufra un grave deterioro o pérdida de la función de una parte del cuerpo u órgano, o cuya vida o la vida de un bebé en gestación corra peligro. No se aplican límites.

Cuidado de la audición: Los audífonos y dispositivos y la adaptación y modificación de dichos dispositivos están cubiertos cuando se determina que son médicamente necesarios. El pago se limita a un examen auditivo de rutina y un examen audiométrico por año calendario.

Incluye el costo de los exámenes y un audífono o dispositivo por oído cada dos años calendario.

Servicios de atención médica domiciliaria y comunitaria: Cubiertos para pacientes confinados

en el hogar, incluidos la atención de enfermería, los servicios de asistente de salud en el hogar, el oxígeno, los suministros médicos y quirúrgicos y la terapia de infusión en el hogar. La terapia de infusión en el hogar no incluye sangre ni hemoderivados. Los servicios de enfermería privada y cuidado a domicilio no están cubiertos. No se aplican copagos. Sin límite de visitas.

Cuidados paliativos: Atención para un miembro que padece una enfermedad terminal. También se incluye la atención de relevo. Requiere una certificación de un médico que indique que el miembro tiene una enfermedad terminal. No hay límites de días. Los miembros que reciben cuidados paliativos aún pueden recibir atención para otras enfermedades y afecciones.

Vacunas: Se proporcionará cobertura para las vacunas pediátricas (excepto las requeridas para el empleo o los viajes), incluidos los agentes inmunizadores, que se ajustan a las normas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los cronogramas para la inmunización pediátrica y de adultos se pueden encontrar en el siguiente enlace: [cdc.gov/vaccines/rec/schedules/default.htm](https://www.cdc.gov/vaccines/rec/schedules/default.htm).

Según la Ley 8 de 2015 de PA, las farmacias participantes pueden administrar las vacunas contra la influenza a los afiliados a partir de los nueve años de edad, con el consentimiento de sus padres. Sin copagos.

Inyecciones y medicamentos: Incluye todas las inyecciones y los medicamentos proporcionados en el momento de la visita al consultorio o la terapia, y la cirugía ambulatoria realizada en el consultorio, un hospital o un centro de servicios ambulatorios independiente. Incluye vacunas según se describe en este paquete de beneficios y servicios de anestesia cuando se realizan junto con servicios cubiertos, incluidos los servicios de emergencia. Debe ser médicamente necesario.

Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados: Incluye servicios prestados en un hospital psiquiátrico estatal, un centro residencial u otros servicios terapéuticos estructurados que funcionan las 24 horas. Cubre la atención médica, incluidos las consultas y visitas psiquiátricas, la atención de enfermería, el asesoramiento grupal e individual, los servicios terapéuticos, y la atención y los servicios concurrentes que normalmente se brindan en relación con la hospitalización del paciente. Los miembros pueden hacer una autorremisión. No se aplican límites de días.

Hospitalización para pacientes internados:

Incluye las pruebas previas a la admisión; habitación semiprivada, a menos que una habitación privada sea médicamente necesaria; alojamiento; cuidados generales de enfermería; unidades de cuidados intensivos o especiales y otras instalaciones relacionadas; anestesia; oxígeno; servicios terapéuticos; y cualquier otro servicio que normalmente se brinde como parte de la atención para pacientes hospitalizados. Los servicios cubiertos incluyen terapia para pacientes hospitalizados, hasta 45 visitas por año calendario para el tratamiento de un ACV, lesión en la cabeza, lesión en la médula espinal o como resultado de una cirugía cerebral postoperatoria. No se aplican límites de días.

Se requiere autorización previa para servicios que no sean de emergencia.

Las estadías de rehabilitación para pacientes internados están cubiertas cuando un afiliado requiere rehabilitación especializada a diario. Requiere una receta médica. No se aplican límites de días.

Servicios relacionados con trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados:

Servicios prestados en un hospital o en un centro de internación no hospitalario, que cumple con los requisitos establecidos por el Departamento de Salud y que cuente con licencia como un programa de tratamiento para la adicción al alcohol o las drogas. Cubre estadías de desintoxicación, servicios de médicos, psicólogos, psiquiatras, asesores, personal capacitado, pruebas psicológicas/psiquiátricas y de laboratorio, terapia e intervenciones individuales y familiares, y administración de medicamentos, así como los servicios que normalmente se brindan a pacientes hospitalizados. No se aplican límites de días. El tratamiento para dejar de fumar no está incluido.

Atención de maternidad: La atención prenatal es la atención médica que recibe una mujer durante el embarazo y el parto por parte de un proveedor de atención de maternidad, como un obstetra u obstetra/ginecólogo (OB u OB/GYN) o una enfermera partera. Puedes encontrar más información en la página **28**.

Visita de atención domiciliar por maternidad:

Incluye al menos una (1) visita proporcionada en su hogar cuando la beneficiaria de CHIP es dada de alta antes de las 48 horas de atención para pacientes internados después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea, o, en el caso de un recién nacido, en consulta con la madre o el representante del recién nacido.

Alimentos con fines médicos: *Consulta Suministros médicos desechables, página 21.*

Cuidado del recién nacido: Incluye la prestación de beneficios para un hijo recién nacido de un afiliado durante un período de treinta y un (31) días después del nacimiento. Incluye cuidado de rutina en la guardería, servicios para la prematuridad, servicios de atención médica preventiva/de bienestar infantil, exámenes de audición para recién nacidos y cobertura para lesiones o enfermedades, incluidos la atención y el tratamiento necesarios de defectos congénitos diagnosticados médicamente y anomalías congénitas.

Trasplante de órganos: Incluye trasplantes que son médicamente necesarios y que no se consideran experimentales ni de investigación para un receptor que es un afiliado, así como los servicios relacionados con la atención para pacientes hospitalizados relacionada con el trasplante. Este beneficio también incluye inmunosupresores.

Dispositivos ortóticos: Incluye la compra, la adaptación, los ajustes necesarios, las reparaciones y el reemplazo de un dispositivo rígido o semirrígido diseñado para soportar, alinear o corregir lesiones o deformidades óseas y musculares. Los reemplazos están cubiertos solo cuando el reemplazo se considera médicamente necesario y apropiado, y debido al crecimiento normal del niño.

Examen de detección de osteoporosis: Se proporciona cobertura para pruebas de densidad mineral ósea utilizando un método aprobado por la FDA de los EE. UU. Requiere una receta de un proveedor legalmente autorizado.

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:

Incluye hospitalización parcial y servicios intensivos de salud mental para pacientes ambulatorios; pruebas psicológicas; visitas con proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios; asesoramiento individual, grupal y familiar; administración de casos de salud mental dirigida y administración de medicamentos. No se aplican límites de días.

Servicios de habilitación para pacientes ambulatorios:

Servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen la terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir terapia física y ocupacional, patología del habla y el lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos ambulatorios.

Los servicios cubiertos tienen un límite de 30 visitas por año calendario para fisioterapia; 60 visitas por año calendario para terapia ocupacional y 60 visitas por año calendario para terapia del habla, para un límite de visitas combinadas de 180 días por año calendario.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios:

Incluye servicios médicos, enfermería, asesoramiento o tratamiento terapéutico, o suministros recibidos de un centro de atención médica aprobado mientras no sea paciente hospitalizado. Se incluyen servicios de salud física para pacientes ambulatorios relacionados con cirugía ambulatoria, hospitalización para pacientes ambulatorios, visitas al consultorio de un especialista, visitas de seguimiento o visitas por enfermedad con un PCP.

Servicios médicos para pacientes ambulatorios:

Incluye quimioterapia, diálisis, radioterapia y terapia respiratoria cuando el afiliado tiene un diagnóstico documentado que requiere la terapia indicada. No hay límite en la cantidad de visitas.

Servicios de terapia de rehabilitación para pacientes ambulatorios:

Terapia del habla, ocupacional y física para recuperar las habilidades perdidas. Los afiliados deben tener un diagnóstico documentado que indique que la terapia recetada es médicamente necesaria. Límite de 60 visitas por cada tipo de terapia por año calendario.

Servicios relacionados con trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios:

Servicios prestados en un centro con licencia del Departamento de Salud como un programa de tratamiento para la adicción al alcohol o las drogas. Cubre servicios de médicos, psicólogos, psiquiatras, asesores, personal capacitado, pruebas psicológicas/psiquiátricas y de laboratorio, terapia individual y familiar. Sin límite en la cantidad de visitas. El tratamiento para dejar de fumar no está cubierto.

Servicios en el consultorio del médico: Incluye visitas para el examen, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión en el consultorio del PCP del afiliado, durante y después del horario de atención habitual, visitas de emergencia, visitas a domicilio en el área de servicio del médico y servicios de telesalud. La cobertura incluye atención médica en una clínica de salud minorista atendida por un enfermero practicante registrado y certificado (CRNP) respaldado por un médico local que está de guardia durante el horario de atención de la clínica o en un centro de atención de urgencia.

Recuerda que puedes comunicarte con el PCP de tu hijo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tu hijo se enferma y necesita el consejo

de un médico. El PCP de tu hijo puede brindarte muchos de los servicios de atención médica que tu hijo necesita, incluidos los siguientes:

- Visitas y servicios preventivos y de bienestar infantil, incluidas las vacunas
- Exámenes físicos y pruebas de diagnóstico de rutina
- Evaluación de riesgos para la salud bucal, barniz de flúor para niños de hasta 19 años de edad
- Pruebas de detección de plomo en sangre
- Visitas al consultorio de atención de urgencia y por enfermedad, incluidas aquellas que ocurren después del horario de atención normal cuando son médicamente necesarias.
- Atención de seguimiento después de los servicios de emergencia
- Servicios de salud para mujeres y servicios de planificación familiar (consulta la descripción del beneficio para obtener detalles)
- Visitas a domicilio en el área de servicio del médico
- Servicios de telesalud

Medicamentos recetados: Medicamentos recetados por un médico. Puedes encontrar más información sobre los medicamentos recetados en la página **29**.

Dispositivos protésicos: Incluye la compra de dispositivos y suministros protésicos necesarios como consecuencia de una lesión o enfermedad, para reemplazar total o parcialmente una parte del cuerpo ausente o para restaurar la función de órganos corporales que funcionan mal de forma permanente. El beneficio se extiende a la compra, la colocación y el ajuste necesario de dispositivos protésicos. Los reemplazos están cubiertos solo cuando el reemplazo se considera médicamente necesario y apropiado debido al crecimiento normal del niño.

Ensayos clínicos calificantes: Ensayo clínico realizado en relación con la prevención, detección y tratamiento del cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal. Cubre artículos y servicios consistentes con lo que el plan normalmente cubre. Se debe notificar la participación en el ensayo antes de inscribirse en el ensayo.

Servicios de enfermería especializada:

Los servicios de enfermería especializada médicamente necesarios y los servicios relacionados están cubiertos para pacientes hospitalizados en alojamientos semiprivados que requieren servicios de enfermería especializada, pero que no requieren internación en un hospital. No se aplican límites de días.

Servicios de médico especialista: Incluye atención médica en cualquier especialidad o subespecialidad médica generalmente aceptada. Cubre visitas al consultorio, pruebas de diagnóstico y tratamiento si es médicamente necesario y el afiliado tiene una enfermedad o afección fuera del alcance de la práctica de su PCP. Los servicios deben estar dentro del alcance de la práctica del especialista. La remisión del PCP no es necesaria para consultar a un especialista. Sin embargo, es posible que algunos servicios requieran autorización previa.

Servicios quirúrgicos: Incluye servicios prestados para el tratamiento de enfermedades o lesiones. La cirugía realizada para el tratamiento de enfermedades está cubierta tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios. No se cubre la cirugía estética destinada únicamente a mejorar la apariencia, y no a restaurar la función corporal o a corregir deformidades resultantes de una enfermedad, un traumatismo, anomalías congénitas o del desarrollo o procesos terapéuticos anteriores (excepto la cirugía resultante de un accidente). Incluye la anestesia administrada por o bajo la supervisión de un especialista distinto del cirujano, el cirujano asistente u otro especialista a cargo. Incluye anestesia general, hospitalización y otros gastos en los que normalmente se incurre con la administración de anestesia general. Consultas de segunda opinión para determinar la necesidad médica de una cirugía electiva, o cuando la familia de un afiliado desee otra opinión sobre el tratamiento médico. No se necesita una remisión para la consulta. Los servicios quirúrgicos pueden requerir autorización previa.

Los beneficios de mastectomía y reconstrucción mamaria se proporcionan para una mastectomía realizada en pacientes hospitalizados o ambulatorios. Entre los beneficios se incluyen todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía, la cirugía para restablecer la simetría o aliviar la discapacidad funcional, incluidos, entre otros, el aumento, la mamoplastia, la mamoplastia de reducción, la mastopexia y la cirugía en la otra mama para producir una apariencia simétrica. Cubre la cirugía para la inserción o extracción inicial y posterior de dispositivos protésicos para reemplazar una mama o partes de la mama extirpadas, y el tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de una mastectomía, incluido el linfedema. También se proporciona cobertura para una visita de atención médica domiciliaria, según lo determine el médico del miembro, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al alta.

La cirugía bucal puede realizarse en un centro hospitalario o ambulatorio según la naturaleza de la cirugía y la necesidad médica. Algunos ejemplos de servicios cubiertos incluyen: extracción de terceros molares (muelas del juicio) con impacto parcial o total, tratamientos no dentales de la boca relacionados con defectos congénitos diagnosticados médicamente, anomalías congénitas, extirpación quirúrgica de tumores, quistes e infecciones, corrección quirúrgica de articulaciones temporomandibulares dislocadas o completamente degeneradas, incisión y drenaje de abscesos y síndrome del biberón. Se requiere autorización previa. Debe ser médicamente necesario.

La cirugía reconstructiva solo estará cubierta cuando sea necesaria para restaurar la función después de una lesión accidental, como resultado de un defecto de nacimiento, una infección o una enfermedad maligna, o en relación con una cirugía de transición de género que se considere médicamente necesaria para lograr una función física o corporal razonable; en relación con una enfermedad o anomalía congénita hasta los 18 años; o en relación con el tratamiento de tumores malignos u otra patología destructiva que cause deterioro funcional; o la reconstrucción mamaria después de una mastectomía. Se requiere autorización previa. Debe ser médicamente necesario.

Atención de la vista: Incluye exámenes de la vista, lentes correctivos, marcos o lentes de contacto en lugar de anteojos o cuando sea médicamente necesario. Limitada a un examen cada 12 meses, a menos que un examen adicional sea médicamente necesario. Incluye dilatación de pupilas, si está indicada por un profesional. Cubre un par de lentes para anteojos recetados y un marco, a menos que un segundo armazón sea médicamente necesario, o lentes de contacto cada año calendario. Los lentes para anteojos pueden ser de plástico o de cristal, monofocales, bifocales o trifocales, con graduación lenticular o de gran tamaño, con tintes de moda y degradados; lentes de sol extragrandes de cristal grisáceo n.º 3 recetados o lentes de policarbonato con recubrimiento resistente a rayones recetados. Puede haber copagos para los tipos de lentes y tratamientos opcionales. Puedes encontrar más información en la página **30**.

Servicios de atención de urgencia: Jefferson Health Plans CHIP cubre atención de urgencia para una enfermedad, lesión o afección que, si no se trata dentro de las 24 horas, podría convertirse rápidamente en una crisis o una afección médica de emergencia. Esto es cuando necesitas la atención de un médico, pero no en la sala de emergencias.

Si necesitas atención de urgencia, pero no estás seguro de si se trata de una emergencia, llama primero a tu PCP o a la línea de asesoramiento gratuita de Teladoc al 1-800-Teladoc (835-2362), 1-800-877-8973 (TTY). Tu PCP o la línea de asesoramiento de Teladoc te ayudarán a decidir si necesitas ir a la sala de emergencias, al consultorio del PCP o a un centro de atención de urgencias cercano. En la mayoría de los casos, si necesitas atención de urgencia, tu PCP te dará una cita dentro de las 24 horas. Si no puedes comunicarte con tu PCP o si tu PCP no puede atenderte en un plazo de 24 horas y tu condición médica no es una emergencia, también puedes visitar un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita dentro de la red de Jefferson Health Plans CHIP. No se requiere autorización previa para los servicios en un centro de atención de urgencia.

Descripciones detalladas de los servicios Atención de salud conductual

Los servicios de salud conductual incluyen tanto los servicios de salud mental como los servicios para trastornos por consumo de sustancias. Estos servicios se brindan a través las Organizaciones de Atención Administrada de Salud Conductual (BH-MCO). Llama al 1-800-424-3701 para obtener más información sobre los servicios de salud conductual. Comunícate con tu BH-MCO al 1-800-424-3701.

Puedes llamar a tu MCO sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

No necesitas una remisión de tu PCP para obtener servicios de salud conductual; un afiliado (de 14 años de edad o más) o un padre, madre o tutor puede hacer una autorremisión.

Emergencia por trastorno de salud conductual o por consumo de sustancias

Una emergencia de salud conductual es la aparición repentina de una afección potencialmente mortal en la que crees que tu hijo está en riesgo de lesionarse a sí mismo o a otras personas si no se brinda atención médica inmediata.

Una crisis por consumo de sustancias es cuando se considera que tu hijo está en un peligro físico inminente y potencialmente mortal, con la necesidad de desintoxicación inmediata por dependencia de sustancias químicas.

Si crees que tu hijo está experimentando una crisis o emergencia de salud conductual o por consumo de sustancias, llama a Servicios para Miembros de Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477). Se te comunicará con un profesional de salud conductual que te ayudará a evaluar la gravedad de la situación.

Si se trata de una emergencia, el profesional de salud conductual te ayudará a obtener el tratamiento que tu hijo necesita lo más rápido posible.

Si la condición no pone en riesgo su vida ni requiere hospitalización inmediata, Jefferson Health Plans CHIP programará una cita de atención de urgencia para tu hijo.

La admisión en un centro de tratamiento residencial no hospitalario para recibir tratamiento de rehabilitación nunca se considera parte del tratamiento de emergencia.

El tratamiento **inicial** para una emergencia de salud conductual está cubierto incluso cuando lo brindan proveedores de salud conductual fuera de la red o se brinda en un centro fuera de la red si los síntomas son lo suficientemente graves como para necesitar atención inmediata.

Los siguientes servicios están cubiertos:

- Servicios de rehabilitación de salud conductual (BHRS) (niños/adolescentes)
- Servicios de apoyo con clozapina (Clozaril)
- Servicios hospitalarios de desintoxicación de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados
- Servicios hospitalarios de rehabilitación de drogas y alcohol para pacientes hospitalizados
- Servicios ambulatorios contra la droga y el alcohol
- Servicios de mantenimiento de drogas y alcohol con metadona
- Servicios de salud mental basados en la familia
- Servicios de análisis (cuando se relaciona con un diagnóstico de salud conductual y lo prescribe un profesional de la salud conductual dentro del ámbito de su práctica profesional)
- Servicios de intervención en crisis de salud mental
- Hospitalización de pacientes de salud mental
- Servicios ambulatorios de salud mental
- Servicios de hospitalización parcial de salud mental

- Servicios de apoyo de pares
- Centros residenciales de tratamiento (niños/adolescentes), si no es por orden judicial
- Servicios de administración de casos específicos

Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia son servicios necesarios para tratar o evaluar una condición médica de emergencia. Una condición médica de emergencia es una lesión o enfermedad que es tan grave que una persona razonable sin capacitación médica cree que existe un riesgo inmediato para la vida de una persona o su salud a largo plazo. Si tienes una condición médica de emergencia, ve a la sala de emergencias más cercana, marca 911 o llama a tu proveedor local de ambulancias. No debes obtener la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP para obtener servicios de emergencia y puedes utilizar cualquier hospital u otro entorno de atención de emergencia.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de condiciones médicas de emergencia y aquellas que no son de emergencia:

Condiciones médicas de emergencia

- Ataque cardíaco
- Dolor en el pecho
- Sangrado intenso
- Dolor intenso
- Inconsciencia, envenenamiento

Condiciones médicas que no son de emergencia

- Dolor de garganta
- Vómitos
- Resfriado o gripe
- Dolor de espalda
- Dolor de cabeza
- Hematomas, inflamación o cortes pequeños

Si no estás seguro de si tu afección requiere servicios de emergencia, llama a tu PCP o a la línea de asesoramiento de Teladoc al 1-800-Teladoc (835-2362), 1-800-877-8973 (TTY), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios hospitalarios

Jefferson Health Plans CHIP cubre los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Si necesitas que te admitan en un hospital y no es una emergencia, tu PCP o especialista coordinará que vayas a un hospital en la red de Jefferson Health Plans CHIP y seguirá tu atención incluso si necesitas otros médicos durante tu estadía en el hospital. Las hospitalizaciones deben ser aprobadas por Jefferson Health Plans CHIP. Para averiguar si un hospital está en la red de Jefferson Health Plans CHIP, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o consulta el directorio de proveedores en el sitio web de Jefferson Health Plans CHIP en JeffersonHealthPlans.com/CHIP/Get-Care/Find-A-Doctor. Si tienes alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Si tienes una emergencia y te admiten en un hospital, tú o un miembro de tu familia o amigo deben informarle a tu PCP tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de tu ingreso en el hospital.

Si te admiten en un hospital que no acepta Jefferson Health Plans CHIP, es posible que te trasladen a un hospital participante de Jefferson Health Plans CHIP. No te trasladarán a un nuevo hospital hasta que estés lo suficientemente fuerte como para que te transfieran.

Es muy importante programar una cita para ver a tu PCP dentro de los siete (7) días posteriores a tu salida del hospital. Ver a tu PCP poco después de tu estadía en el hospital te ayudará a seguir las instrucciones que recibiste mientras estuviste ahí y evitará que la readmisión en el hospital sea necesaria.

A veces es posible que necesites ver a un médico especialista o recibir tratamiento en un hospital sin que te admitan durante la noche. Estos servicios se denominan servicios hospitalarios ambulatorios.

Si tienes alguna otra pregunta sobre los servicios hospitalarios, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Atención de maternidad

Atención durante el embarazo

La atención prenatal es la atención médica que recibe una mujer durante el embarazo y el parto por parte de un proveedor de atención de maternidad, como un obstetra u obstetra/ginecólogo (OB u OB/GYN) o una enfermera partera. La atención prenatal temprana y regular es muy importante para tu salud y la de tu bebé. Incluso si has estado embarazada anteriormente, es importante consultar a un proveedor de atención de maternidad regularmente durante cada embarazo.

Si crees que estás embarazada y necesitas una prueba de embarazo, consulta a tu PCP o un proveedor de planificación familiar. Si estás embarazada puedes:

- Llamar o visitar a tu PCP, quien puede ayudarte a encontrar un proveedor de atención de maternidad en la red de Jefferson Health Plans CHIP.
- Visitar a un OB u OB/GYN o una enfermera partera de la red por tu cuenta. No necesitas una remisión para atención de maternidad.
- Visitar un centro de salud de la red que ofrezca servicios de OB u OB/GYN.
- Llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) para encontrar un proveedor de atención de maternidad.

Deberías ver a un médico tan pronto como descubras que estás embarazada. Tu proveedor de atención de maternidad debe programar una cita para verte dentro de:

- Diez (10) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada cuando estés en tu primer trimestre.
- Cinco (5) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada cuando estés en tu segundo trimestre.
- Cuatro (4) días hábiles a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que estás embarazada cuando estés en tu tercer trimestre.
- 24 horas a partir del momento en que Jefferson Health Plans CHIP se entere de que tienes un embarazo de alto riesgo.

En una emergencia, llama al **911** o dirígete a la sala de emergencias más cercana.

Es importante que permanezcas con el mismo proveedor de atención de maternidad durante todo el embarazo y el cuidado posparto (sesenta

[60] días después del nacimiento de tu bebé). Ellos seguirán de cerca tu salud y la salud de tu bebé en crecimiento. También es una buena idea permanecer con el mismo plan de CHIP durante todo el embarazo.

Jefferson Health Plans CHIP cuenta con coordinadores de salud materna especialmente capacitados que saben qué servicios y recursos están disponibles para ti.

Si estás embarazada y ya estás viendo a un proveedor de atención de maternidad cuando te inscribes en Jefferson Health Plans CHIP, puedes seguir consultando a ese proveedor, incluso si él o ella no están en la red de Jefferson Health Plans CHIP. El proveedor deberá estar inscrito en el Programa de CHIP y debe llamar a Jefferson Health Plans CHIP para obtener aprobación para tratarte.

Cuidate a ti y a tu bebé después de que nazca tu bebé

Debes visitar a tu proveedor de atención de maternidad entre 7 y 84 días después de que tu bebé nazca para un chequeo, a menos que el médico solicite verte antes.

Tu bebé debe tener una cita con el PCP del bebé cuando tenga entre 3 y 5 días, a menos que el médico solicite ver a tu bebé antes. Lo mejor es elegir un médico para tu bebé mientras estás embarazada. Si necesitas ayuda para elegir un médico para tu bebé, llama a Servicios para Afiliados al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Programa de maternidad de Jefferson Health Plans CHIP

Jefferson Health Plans CHIP tiene un programa especial para mujeres embarazadas llamado Baby Partners. A través de nuestro programa Baby Partners, Jefferson Health Plans CHIP proporciona a todas las mamás embarazadas información importante acerca del cuidado dental prenatal. ¡Las mamás que cuidan bien sus dientes tienen bebés más sanos! El seguro dental cubre la profilaxis de rutina (que incluye limpiezas, limpieza del sarro y pulido de dientes), una cada 6 meses, con la excepción de un miembro bajo el cuidado de un profesional médico para el embarazo, que será elegible para una profilaxis adicional durante el embarazo. Además, Jefferson Health Plans CHIP ofrece dos visitas domiciliarias a cada nueva mamá y su recién nacido.

Las visitas generalmente se programan dentro de las primeras dos semanas y las segundas dos semanas después del alta hospitalaria. Permanecer con Jefferson Health Plans CHIP durante tu embarazo te ayudará a asegurarte de que tú y tu bebé reciban toda la atención necesaria. Jefferson Health Plans CHIP ofrece a

sus miembros embarazadas asistencia adicional a través de nuestro programa Baby Partners. Esto incluye hablar con un coordinador de atención que puede ayudarte con las preguntas que puedas tener sobre tu embarazo y un paquete de bienvenida con información importante sobre cómo mantenerte saludable mientras estás embarazada. Para obtener más información sobre nuestro programa Baby Partners, comunícate con Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 o a la línea de Baby Partners al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477).

Recetas médicas

Cuando un proveedor te receta un medicamento, puedes llevar la receta a cualquier farmacia que se encuentre en la red de Jefferson Health Plans CHIP. Tendrás que llevar tu Tarjeta de Identificación de medicamentos de Jefferson Health Plans CHIP y puedes tener un copago. Jefferson Health Plans CHIP pagará por cualquier medicamento que figure en el formulario de medicamentos de Jefferson Health Plans CHIP y puede pagar por otros medicamentos si cuentan con autorización previa. O bien tu receta o la etiqueta de tu medicamento te indicarán si tu médico ordenó la reposición de la receta y la cantidad de reposiciones que puedes recibir. Si tu médico solicitó la reposición, solo puedes obtener una reposición a la vez. Si tienes preguntas sobre si un medicamento con receta está cubierto, necesitas ayuda para encontrar una farmacia en la red de Jefferson Health Plans CHIP o si tienes alguna otra pregunta, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Formulario de medicamentos

Un formulario, también llamado lista de medicamentos preferidos (PDL), es una lista de medicamentos que cubre Jefferson Health Plans CHIP. Esto es lo que debe usar tu PCP u otro médico al decidir qué medicamentos debes tomar. El formulario tiene medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Cualquier medicamento recetado por tu médico que no esté en el formulario de Jefferson Health Plans CHIP necesita autorización previa. El formulario puede cambiar de vez en cuando, por lo que debes asegurarte de que tu proveedor tenga la información más reciente cuando te recete un medicamento.

Si tienes alguna pregunta o deseas obtener una copia del formulario de medicamentos, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o visita el sitio web de Jefferson Health Plans CHIP en JeffersonHealthPlans.com/CHIP.

Reembolso por medicamentos

Jefferson Health Plans CHIP revisará todas las solicitudes de reembolso. Jefferson Health Plans CHIP no requiere un formulario específico, pero se necesita un recibo para procesar la solicitud.

Medicamentos especializados

El formulario de medicamentos incluye medicamentos que se llaman medicamentos especializados. Las recetas para estos medicamentos necesitan Autorización previa. Para ver el formulario de medicamentos y una lista completa de los medicamentos especializados, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o visita el sitio web de Jefferson Health Plans CHIP en JeffersonHealthPlans.com/CHIP/Get-Care.

Necesitarás obtener estos medicamentos en farmacias especializadas. Una farmacia especializada puede enviarte por correo tus medicamentos directamente a tu casa sin costo alguno y se comunicará contigo antes de enviarlos. Es posible que tengas un copago por tu medicamento. La farmacia también puede responder cualquier pregunta que tengas sobre el proceso. Puedes elegir cualquier farmacia especializada que se encuentre en la red de Jefferson Health Plans CHIP. Para ver la lista de las farmacias especializadas dentro de la red, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o revisa el directorio de proveedores en el sitio web de Jefferson Health Plans CHIP en JeffersonHealthPlans.com/CHIP/Get-Care. Para cualquier otra pregunta o para obtener más información, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Medicamentos de venta libre

Jefferson Health Plans CHIP cubre algunos medicamentos de venta libre cuando el medicamento forma parte del formulario. Necesitas una receta de tu proveedor para estos medicamentos para que Jefferson Health Plans CHIP los cubra, y también una afección médica documentada que indique que el medicamento es medicamento necesario. Tendrás que llevar tu Tarjeta de Identificación de medicamentos de Jefferson Health Plans CHIP y puedes tener un copago. Los siguientes son algunos ejemplos de los medicamentos de venta libre cubiertos:

- Medicamentos para la alergia y la sinusitis
- Tylenol o aspirina
- Vitaminas
- Medicamentos para la tos
- Medicamentos para la acidez estomacal

Puedes encontrar más información sobre los medicamentos de venta libre cubiertos visitando el sitio web de Jefferson Health Plans CHIP en JeffersonHealthPlans.com/CHIP o llamando a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Servicios de atención oftalmológica

Jefferson Health Plans CHIP cubre todos los servicios oftalmológicos médicamente necesarios. Los niños pueden ir a un oftalmólogo participante dentro de la red de Jefferson Health Plans CHIP.

Las visitas para exámenes de la vista de rutina y anteojos o lentes de contacto médicamente necesarios están cubiertos. Debe usarse un proveedor de la visión participante. Tu niño no necesita una remisión de tu PCP para consultar a un proveedor de la visión. No hay copagos para los exámenes de la vista de rutina. Si se proporciona algún servicio de la vista bajo el beneficio médico para un diagnóstico de cataratas, queratocono o afaquia, entonces es posible que se aplique un copago.

Frecuencia del examen de la vista: Un examen de rutina y refracción cada 12 meses. El examen incluye dilatación de pupilas, si es profesionalmente indicado. No hay costo para los miembros por los servicios dentro de la red. No hay cobertura para los servicios fuera de la red.

Marcos y lentes: Se cubre un par de anteojos (lentes y marco) cada 12 meses.

Frecuencia de reemplazo de lentes y marcos: Un par de anteojos cada 12 meses cuando sea médicamente necesario para la corrección de la visión.

Lentes: Un par está cubierto en su totalidad cada 12 meses. No hay cobertura para los servicios fuera de la red. No hay copagos para lentes para anteojos estándares cubiertos (monofocales, bifocales convencionales [forrados], trifocales convencionales [forrados], lenticulares).

Nota: Los lentes incluyen las opciones de plástico o vidrio, lentes con alcances monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares, tintes de moda y degradados, lentes de sol extragrandes de vidrio grisáceo n.º 3 recetados. Los lentes de

policarbonato y los lentes plásticos transparentes están cubiertos completamente. El recubrimiento resistente a rayones está cubierto en su totalidad para todos los lentes.

Se aplican copagos para estos tipos de lentes y tratamientos opcionales:

Recubrimiento antirreflejo.....	copago de \$40-85
Filtro de luz azul.....	copago de \$15
Visión única digital.....	copago de \$30
(Intermedio)	
Lentes de alto índice.....	copago de \$60-120
Lentes fotocromáticos de plástico.....	copago de \$70
Lentes polarizados.....	copago de \$75
Lentes progresivos.....	copago de \$65-175
Plan de protección contra rayones.....	copago de \$20-40
Tinte de lentes de plástico.....	copago de \$15
Recubrimiento ultravioleta.....	copago de \$15

Marcos: Los marcos de la colección estándar están cubiertos en su totalidad hasta \$100, con un descuento del 20% sobre cualquier excedente.

Los marcos de las colecciones Designer y Premier están cubiertos con un copago de \$15 y \$40, respectivamente. No hay cobertura para los servicios fuera de la red.

El reemplazo de marcos y lentes perdidos, robados o rotos se proporciona una vez al año cuando se considera médicamente necesario.

Lentes de contacto: Cubiertos una vez al año hasta \$100 (con un descuento del 15% sobre cualquier saldo) en lugar de anteojos o cuando sea médicamente necesario para la corrección de la vista.

La evaluación, el ajuste y la atención de seguimiento están cubiertos en su totalidad para los tipos de lentes estándares. Se proporciona una asignación de \$60 para lentes especiales, con un descuento del 15% sobre cualquier excedente.

Es posible que haya descuentos adicionales de los proveedores participantes.

La exclusión fuera de la red solo se aplica si el niño se encuentra en su área de cobertura al momento del reemplazo de los anteojos o lentes de contacto.

Si tu hijo se encuentra inesperadamente fuera del área cuando se necesita un reemplazo (por ejemplo, por vacaciones), se puede enviar la documentación de los gastos al plan para su reembolso. Se requiere autorización previa para lentes de contacto médicamente necesarios en casos de afaquia, pseudofaquia o queratocono, o si el paciente se ha sometido a una cirugía de cataratas o a un implante, o a una cirugía de trasplante de córnea. También se requiere autorización previa si la agudeza visual no puede corregirse a 20/40 en el ojo con peor visión mediante el uso de lentes oftálmicos en un marco, pero puede mejorarse a 20/40 en el ojo con peor visión mediante el uso de lentes de contacto. Jefferson Health Plans CHIP cubre exámenes de la vista de rutina. El tratamiento de otros problemas oculares puede estar cubierto como beneficio médico. El PCP de tus hijos puede hacer una remisión a un especialista de la vista si es necesario.

Cuando tus niños necesiten un examen de la vista, solo consulta el Directorio de proveedores de Jefferson Health Plans CHIP o llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) para obtener ayuda para encontrar un proveedor de atención de la vista conveniente. Cuando llames para programar una cita, asegúrate de informar a la oficina que tus niños son miembros de Jefferson Health Plans CHIP. Recuerda llevar contigo la tarjeta de identificación de miembro de tus niños a la cita. El beneficio de la visión de tus niños también incluye una evaluación integral de visión deficiente cada 5 años, con un cargo máximo de \$300; el monto de asignación máximo para la visión deficiente es de \$600 con un máximo de por vida de \$1,200 para artículos tales como anteojos, lupas y telescopios de alta potencia; y atención de seguimiento: cuatro visitas en un período de cinco años, con un cargo máximo de \$100 por visita.

Los proveedores obtendrán la autorización previa necesaria para estos servicios. El beneficio no está cubierto si lo realiza un proveedor fuera de la red.

Nueva tecnología médica

Jefferson Health Plans CHIP puede cubrir nuevas tecnologías médicas como procedimientos y equipos si así lo solicita tu PCP o especialista. Jefferson Health Plans CHIP quiere asegurarse de que las nuevas tecnologías médicas sean seguras, efectivas y adecuadas para ti antes de aprobar el servicio.

Antes de que Jefferson Health Plans CHIP apruebe nuevos tratamientos, medicamentos o equipos que aún se consideran experimentales, la solicitud se somete a los siguientes procesos:

- Solicitamos que el proveedor presente una descripción narrativa detallada del servicio o artículo.
- Verificamos que las Regulaciones Federales y Estatales existentes no impidan la cobertura.
- Investigamos los datos disponibles a través de recursos médicos en línea para obtener información más detallada sobre el servicio o artículo que incluye, entre otros:
 - Estado de aprobación de la FDA
 - Literatura revisada por pares

Si necesitas más información sobre nuevas tecnologías médicas, llama a Servicios para Miembros de Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Bright Futures

Los servicios de Bright Futures están disponibles para los niños menores de 19. A veces también se los conoce como chequeos para bebés o niños sanos. Tu hijo puede ser visto por un pediatra, un médico de familia o un CRNP. El proveedor que elijas para tu hijo será el PCP de tu hijo. El objetivo de este servicio es detectar problemas de salud potenciales de manera temprana y garantizar que tu hijo se mantenga saludable. Si tienes preguntas o deseas obtener más información comunícate con Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

¿Cuándo debe completarse un examen de Bright Futures?

Los niños y adultos jóvenes deben completar sus exámenes según el calendario que se detalla a continuación. Es importante seguir este horario incluso si tu hijo no está enfermo. Tu proveedor te indicará cuándo deben realizarse estas visitas. Los bebés y niños pequeños necesitarán varias visitas al año, mientras que los niños de 3 a 19 años necesitarán solo una visita por año.

Cronograma de exámenes recomendados			
De 3 a 5 días	Dentro de 1 mes	2 meses	4 meses
6 meses	9 meses	12 meses	15 meses
18 meses	24 meses	30 meses	
Los niños de 3 a 19 años deben someterse a exámenes de detección anuales.			

¿Qué hará el proveedor durante el examen de Bright Futures?

Tu proveedor te hará preguntas a ti y a tu hijo, realizará pruebas y verá cuánto ha crecido tu hijo. Los siguientes servicios son algunos de los servicios que te pueden realizar durante un examen según la edad y las necesidades del niño:

- Un examen físico completo
- Vacunas
- Examen de la visión
- Examen de la audición
- Exámenes de detección del autismo
- Exámenes de detección de tuberculosis
- Dislipidemia
- Infecciones de transmisión sexual
- VIH
- Anemia
- Examen de salud oral
- Verificación de la presión arterial
- Educación sobre salud y seguridad
- Verificación del índice de masa corporal del niño (IMC)
- Mediciones
- Sangre del recién nacido

- Examen o asesoramiento sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias a partir de los 11 años
- Análisis de orina
- Prueba de detección de plomo en la sangre
- Exámenes de detección del desarrollo
- Examen para detectar la depresión a partir de los 12 años
- Examen para detectar la depresión materna

Jefferson Health Plans cubre los servicios que se necesitan para tratar los problemas de salud que se detectan durante el examen de Bright Futures.

Servicios adicionales están disponibles para niños con necesidades especiales. Habla con tu proveedor sobre si tu hijo puede necesitar estos servicios adicionales o no.

SECCIÓN 4: SERVICIOS FUERA DE LA RED Y FUERA DEL PLAN

Proveedores fuera de la red

Un proveedor fuera de la red es un proveedor que no tiene un contrato con Jefferson Health Plans CHIP para proporcionar servicios a los miembros de Jefferson Health Plans CHIP. Puede haber momentos en los que necesites utilizar un médico u hospital que no esté en la red de Jefferson Health Plans CHIP. Si esto sucede, puedes pedirle a tu PCP que te ayude. Tu PCP tiene un número especial al que puedes llamar para solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP que te permita ir a un proveedor fuera de la red. Jefferson Health Plans CHIP verificará si hay otro proveedor en tu área que pueda brindarte el mismo tipo de atención que tú o tu PCP creen que necesitas. Si Jefferson Health Plans CHIP no puede darte una opción de por lo menos dos (2) proveedores en tu área, Jefferson Health Plans cubrirá el tratamiento médicamente necesario proporcionado por el proveedor fuera de la red.

Recibir atención médica mientras te encuentras fuera del área de servicio de Jefferson Health Plans CHIP

Si te encuentras fuera del área de servicio de Jefferson Health Plans CHIP y tienes una emergencia médica, ve a la sala de emergencias más cercana o llama al 911. Para afecciones médicas de emergencia, no es necesario que obtengas la aprobación de Jefferson Health Plans CHIP para recibir atención. Si necesitas que te admitan en el hospital, debes informarle a tu PCP.

Si necesitas atención para una condición que no sea de emergencia mientras te encuentras fuera del área de servicio, llama a tu PCP o a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477), quienes te ayudarán a obtener la atención más adecuada.

Jefferson Health Plans CHIP no pagará por los servicios que no sean de emergencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.



Servicios fuera del plan

Puedes ser elegible para recibir servicios que no sean los proporcionados por Jefferson Health Plans CHIP. A continuación, se detallan algunos servicios que están disponibles pero que no están cubiertos por Jefferson Health Plans CHIP. Si deseas ayuda para obtener estos servicios, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Programa para mujeres, infantes y niños

El Programa para mujeres, infantes y niños (WIC) proporciona alimentos saludables y servicios de nutrición a bebés, niños menores de 5 años y mujeres que están embarazadas, han dado a luz o están amamantando. WIC los ayuda a ti y a tu bebé a comer bien enseñándote sobre la buena nutrición y dándote cupones de alimentos para usar en las tiendas de comestibles. WIC ayuda a los bebés y niños pequeños a comer los alimentos adecuados para que puedan crecer saludables. Puede solicitarle a su proveedor de atención de maternidad una solicitud de WIC en su próxima visita o llamar al 1-800-WIC-WINS (1-800-942-9467). Para obtener más información, visita el sitio web de WIC en pawic.com.

Crisis de violencia doméstica y prevención

La violencia doméstica es un patrón de comportamiento coercitivo en el que una persona trata de ganar poder y control sobre otra persona en una relación familiar o íntima.

Hay muchos tipos de violencia doméstica.

Algunos ejemplos incluyen:

- Abuso emocional
- Violencia física
- Acoso
- Violencia sexual
- Abuso financiero
- Abuso verbal

Se usan muchas palabras para hablar sobre la violencia doméstica. Se le puede llamar: abuso, violencia doméstica, agresión, violencia de pareja, o violencia familiar, conyugal, de pareja o de citas.

Si te están sucediendo alguna de estas cosas, o te han sucedido, o le tienes miedo a tu pareja, puedes estar en una relación abusiva.

La violencia doméstica es un crimen y las protecciones legales están disponibles para ti. Dejar una relación violenta no es fácil, pero usted puede obtener ayuda.

Dónde obtener ayuda:

Línea Directa Nacional para la Violencia Doméstica

1-800-799-7233 (SAFE)

1-800-787-3224 (TTY)

Coalición de Pennsylvania contra la Violencia Doméstica

Los servicios prestados a las víctimas de violencia doméstica incluyen: intervención de crisis; asesoramiento; ir a citas con la policía, médicos y la corte; y refugio temporal de emergencia para las víctimas y sus hijos dependientes. También ofrecen programas de prevención y educación para reducir el riesgo de violencia doméstica en la comunidad.

1-800-932-4632 (en Pennsylvania)

1-800-537-2238 (nacional)

Crisis por agresión sexual y violación

La agresión sexual es un término que incluye cualquier tipo de contacto sexual no deseado. Una persona puede usar fuerza, amenazas, manipulación o persuasión para cometer violencia sexual. La violencia sexual puede incluir palabras y acciones de naturaleza sexual, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Violación sexual
- Agresión sexual
- Incesto
- Agresión sexual infantil
- Violación sexual cometida en una cita y violación perpetrada por una persona conocida
- Contacto sexual a tientas o caricias sexuales no deseadas
- Sexting (envío, recepción o reenvío de mensajes, fotografías o imágenes sexualmente explícitas desde cualquier dispositivo digital) sin permiso
- Abuso ritual
- Explotación sexual comercial (por ejemplo: prostitución)
- Acoso sexual
- Acoso sexual o anti-LGBTQ

- Mostrarles los genitales o el cuerpo desnudo a otras personas y voyeurismo (el acto de observar, fotografiar o filmar a otra persona en un acto sexual o privado sin tu conocimiento o permiso)
- Participación forzada en la producción de pornografía

Los sobrevivientes pueden tener reacciones físicas, mentales o emocionales a la violencia sexual. Si bien cada sobreviviente es diferente, muchos se sienten solos, asustados, avergonzados y temen que nadie les crea. La sanación puede tardar años, con avances y contratiempos, pero puede ocurrir.

Dónde obtener ayuda:

Coalición de Pennsylvania contra la Violación Sexual
(pcar.org)

Los centros de crisis por violación sexual de Pennsylvania brindan servicios a todos los adultos y niños. Los servicios incluyen:

- Asesoramiento gratuito y confidencial sobre crisis las veinticuatro (24) horas del día
- Servicios para la familia, amigos, parejas o cónyuges del sobreviviente
- Información y remisiones a otros servicios en tu área y programas de educación preventiva

Llama al 1-888-772-7227 o visita el enlace de arriba para comunicarte con tu centro local de crisis de violación sexual.

Servicios de intervención temprana

Mientras que todos los niños crecen y se desarrollan de manera única, algunos niños experimentan retrasos en su desarrollo. Los niños con retrasos en el desarrollo y discapacidades pueden beneficiarse del Programa de Intervención Temprana.

El Programa de Intervención Temprana brinda apoyo y servicios a las familias con niños desde el nacimiento hasta los cinco (5) años de edad que tienen retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios se brindan en entornos naturales, que son entornos en donde un niño estaría si no tuviese un retraso en el desarrollo o discapacidad.

Los apoyos y servicios de Intervención Temprana están diseñados para satisfacer las necesidades de desarrollo de los niños con discapacidades, así como las necesidades de la familia. Estos servicios y apoyos abordan las siguientes áreas:

- Desarrollo físico, incluidas la visión y la audición
- Desarrollo cognitivo
- Desarrollo de comunicación
- Desarrollo emocional y social
- Desarrollo adaptativo

Los padres que tengan preguntas sobre el desarrollo de su hijo pueden comunicarse con la Línea de ayuda de CONNECT al 1-800-692-7288 o visitar papromiseforchildren.com. La Línea de ayuda de CONNECT ayuda a las familias a localizar recursos y proporcionar información sobre el desarrollo infantil para niños desde el nacimiento hasta los cinco (5) años. Además, CONNECT puede ayudar a los padres a ponerse en contacto con el Programa de Intervención Temprana de su condado o el Programa de Intervención Temprana preescolar local.

SECCIÓN 5: NECESIDADES MÉDICAS ESPECIALES Y ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN/ ENFERMEDADES

Necesidades especiales

Jefferson Health Plans CHIP quiere asegurarse de que todos nuestros miembros reciban la atención que necesitan. Contamos con administradores de casos capacitados que ayudan a nuestros miembros con necesidades especiales a acceder a la atención que necesitan. Los administradores de casos ayudan a los miembros y a sus cuidadores con las discapacidades físicas o conductuales, afecciones complejas o crónicas y otras necesidades especiales. Jefferson Health Plans CHIP comprende que tu familia puede necesitar ayuda con problemas que pueden afectar la salud de tu hijo, pero que generalmente no se consideran atención médica. Jefferson Health Plans CHIP puede ayudarte a encontrar programas y agencias en la comunidad que pueden ayudarte a ti y a tu familia a abordar estas necesidades.

Si crees que tú o alguien de tu familia tiene una necesidad especial y deseas que Jefferson Health Plans CHIP te ayude, comunícate con ellos llamando al 1-866-500-4571 (TTY 1-877-454-8477). El personal está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Si necesitas ayuda cuando el personal no esté disponible, puedes llamar a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).

Coordinación de la atención

Jefferson Health Plans CHIP te ayudará a coordinar la atención para tu hijo o tus hijos que están cubiertos por Jefferson Health Plans CHIP. Además, Jefferson Health Plans puede ayudarte a conectarte con otros programas estatales y locales.

Si necesitas ayuda con cualquier parte de tu atención; la atención de tu hijo; o coordinar esa atención con otro programa estatal, del condado o local; comunícate con Jefferson Health Plans para recibir asistencia.

Jefferson Health Plans también ayudará a los afiliados en la transición de la atención de los servicios recibidos en un hospital o entorno médico temporal a la atención recibida en el hogar. Queremos que nuestros miembros puedan regresar de manera segura a sus hogares lo antes posible. Comunícate con Jefferson Health Plans para obtener ayuda para recibir atención en tu hogar.



Administración de la atención

Jefferson Health Plans tiene programas voluntarios para ayudarte a cuidarte mejor si tienes una de las condiciones de salud que se detallan a continuación. Jefferson Health Plans tiene administradores de atención que trabajarán contigo y tus proveedores para asegurarte que recibas los servicios que necesitas. No necesitas una remisión de tu PCP para estos programas, y no hay copago. Estos son algunos ejemplos de diagnósticos con los que nuestro equipo de administración de casos puede brindarte apoyo:

- Embarazo
- VIH/SIDA
- Asma
- Retraso del desarrollo/autismo/trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Diabetes

Al seguir las recomendaciones de tu proveedor y conocer tu enfermedad o condición, puedes mantenerte más saludable. Los administradores de atención de Jefferson Health Plans están aquí para ayudarte a comprender cómo cuidarte mejor siguiendo las indicaciones de tu médico, enseñándote sobre tus medicamentos, ayudándote a mejorar tu salud y brindándote información para usar en tu comunidad. Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda, llama a Servicios para Miembros al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).



SECCIÓN 6: QUEJAS, RECLAMOS Y REVISIONES EXTERNAS

Quejas, reclamos y revisiones externas

Si un proveedor o Jefferson Health Plans CHIP hacen algo con lo que no estás conforme o no estás de acuerdo, puedes informar a Jefferson Health Plans CHIP o al Departamento de Servicios Humanos lo que el proveedor o Jefferson Health Plans CHIP han hecho. Esta sección describe lo que puedes hacer y lo que pasará.

Quejas

¿Qué es una queja?

Una queja se da cuando le comunicas a Jefferson Health Plans CHIP que no estás conforme con Jefferson Health Plans CHIP o con tu proveedor o estás en desacuerdo con una decisión tomada por Jefferson Health Plans CHIP.

Algunas de las cuestiones por las que te puedes quejar:

- Estás inconforme con el cuidado que estás recibiendo.
- No puedes obtener el servicio o el artículo que quieres porque es un servicio o artículo no cubierto.
- No has recibido los servicios que Jefferson Health Plans CHIP aprobó.
- Se te negó una solicitud de estar en desacuerdo con la decisión sobre tener que pagarle a tu proveedor.

Queja de primer nivel

¿Qué debo hacer si tengo una queja?

Para presentar una queja de primer nivel:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans tu queja.
- Presenta por escrito tu queja y envíala a Jefferson Health Plans por correo o por fax.
- Si recibes una notificación de Jefferson Health Plans CHIP informándote de la decisión de Jefferson Health Plans CHIP y la notificación incluye un formulario de Solicitud de queja/reclamo, llena el formulario y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo o fax.

Dirección y número de fax de Jefferson Health Plans CHIP para quejas:

Complaint & Grievance Unit
 Jefferson Health Plans CHIP
 1101 Market Street, Suite 3000
 Philadelphia, PA 19107

Por fax al 215-991-4105

Tu proveedor puede presentar una queja por ti si le das tu consentimiento por escrito.

¿Cuándo debería presentar una queja de primer nivel?

Algunas quejas tienen un límite de tiempo para presentarlas. Debes presentar una queja **dentro de los sesenta (60) días de recibir una notificación explicándote que:**

- Jefferson Health Plans CHIP ha decidido que no puedes obtener el servicio o artículo que deseas porque es un servicio o artículo que no está cubierto.

- Jefferson Health Plans CHIP no le pagará a un proveedor por un servicio o artículo que recibiste.
- Jefferson Health Plans CHIP no te informó sobre su decisión sobre una queja o reclamo que le informaste a Jefferson Health Plans CHIP aproximadamente en un plazo de 30 días desde que Jefferson Health Plans CHIP recibió tu queja o reclamo.
- Jefferson Health Plans CHIP ha denegado tu solicitud por estar en desacuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP de que debes pagarle a tu proveedor.

Debes presentar una queja **dentro de los sesenta (60) días desde la fecha en que se suponía que debías recibir el servicio o el artículo** si no obtuviste dicho servicio ni el artículo dentro del plazo establecido.

Cita de afiliado nuevo para tu primer examen...	Programaremos una cita para ti...
Miembros con VIH/SIDA	con un PCP o especialista no más de siete (7) días después de convertirte en un miembro de Jefferson Health Plans CHIP, salvo que ya estés siendo tratado por un PCP o un especialista.
Miembros para un examen de Bright Futures	con un PCP no más de cuarenta y cinco (45) días después de convertirte en un afiliado de Jefferson Health Plans CHIP, salvo que ya estés siendo tratado por un PCP o un especialista.
Todos los demás miembros	con un PCP no más de tres (3) semanas después de convertirte en un miembro de Jefferson Health Plans CHIP.
Miembros embarazadas...	Programaremos una cita para ti...
Mujeres embarazadas en su primer trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN dentro de los diez (10) días hábiles de que se le informa a Jefferson Health Plans CHIP que estás embarazada.
Mujeres embarazadas en su segundo trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de cinco (5) días hábiles de que se le informa a Jefferson Health Plans CHIP que estás embarazada.
Mujeres embarazadas en su tercer trimestre	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de cuatro (4) días hábiles de que se le informa a Jefferson Health Plans CHIP que estás embarazada.
Mujeres embarazadas con embarazo de alto riesgo	con proveedor para servicios de OB/GYN en un plazo de veinticuatro (24) horas de que se le informa a Jefferson Health Plans CHIP que estás embarazada.

Cita con...	Se debe programar una cita...
PCP	
Afección médica de urgencia	dentro de las veinticuatro (24) horas.
Cita de rutina	dentro de los diez (10) días hábiles.
Evaluación de salud/examen físico general	dentro de tres (3) semanas
Especialistas (cuando son remitidos por el PCP)	
Afección médica de urgencia	dentro de las veinticuatro (24) horas de la remisión
Cita rutinaria con uno de los siguientes especialistas: <ul style="list-style-type: none"> • Otorrinolaringología • Dermatología • Endocrinología pediátrica • Cirugía general pediátrica • Enfermedades infecciosas pediátricas • Neurología pediátrica • Neumología pediátrica • Reumatología pediátrica • Dentista • Cirugía ortopédica • Alergia e inmunología pediátrica • Gastroenterología pediátrica • Hematología pediátrica • Nefrología pediátrica • Oncología pediátrica • Medicina de rehabilitación pediátrica • Urología pediátrica • Odontología pediátrica 	dentro de los quince (15) días hábiles de la remisión
Cita rutinaria con otros especialistas	dentro de los 10 días hábiles de la remisión

Puedes presentar **todas las demás quejas en cualquier momento.**

¿Qué ocurre después de presentar una queja de primer nivel?

Después de que presentas tu queja, recibirás una carta de Jefferson Health Plans CHIP explicándote que Jefferson Health Plans CHIP ha recibido tu queja, y sobre el proceso de revisión de quejas de primer nivel.

Puedes solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP, gratuitamente, ver cualquier información que Jefferson Health Plans CHIP tenga sobre el problema del que trata tu queja. Además, puedes enviarle a Jefferson Health Plans CHIP información que tengas sobre tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja, si lo deseas. Jefferson Health Plans CHIP te informará sobre el lugar, la fecha y la hora de la revisión de la queja con por lo menos siete (7) días de anticipación a la revisión de la queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Un comité de una o más personas del personal de Jefferson Health Plans CHIP, que no estuvieron involucradas ni trabajan para una persona que estuvo involucrada en el problema del cual trata tu queja, se reunirá para tomar una decisión sobre tu queja. Si la queja es sobre un problema clínico, un médico con licencia formará parte del comité y Jefferson Health Plans CHIP te enviará por correo un aviso dentro de **30 días a partir de la fecha en que presentaste tu queja de primer nivel** para informarte la decisión sobre tu queja de primer nivel. Dicho aviso también te explicará qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página **45**.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y presentas una queja verbalmente o que se envía por fax, con matasellos o entregada en mano dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la notificación en la que se te informa que los servicios o artículos que has estado recibiendo no son servicios o artículos cubiertos para ti; los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP?

Puedes solicitar una revisión externa de tu queja si la queja es sobre uno de los siguientes:

- Jefferson Health Plans CHIP ha decidido que no puedes obtener el servicio o artículo que quieres porque no es un servicio o artículo que esté cubierto.
- Jefferson Health Plans CHIP ha decidido no pagarle a un proveedor por un servicio o artículo que recibiste.
- El incumplimiento de Jefferson Health Plans CHIP de tomar una decisión sobre una queja que le informaste a Jefferson Health Plans CHIP dentro de **30** días a partir de cuando Jefferson Health Plans CHIP recibió tu queja o reclamo.
- No recibiste un servicio o artículo en el tiempo que se supone que deberías haberlo recibido.
- Jefferson Health Plans CHIP ha decidido denegar tu solicitud por estar en desacuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP de que debes pagarle a tu proveedor.

Debes solicitar una revisión externa dentro de los **quince (15) días de la fecha en que recibiste la notificación de la decisión sobre la queja de primer nivel**.

Para las demás quejas, debes presentar una queja de segundo nivel en un plazo de **cuarenta y cinco (45) días de recibir la notificación sobre la decisión de la queja**.

Para obtener información sobre las revisiones externas de quejas, consulta la página **41**.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página **45**.

Queja de segundo nivel

¿Qué debo hacer si quiero presentar una queja de segundo nivel?

Para presentar una queja de segundo nivel:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans tu queja de segundo nivel, o
- Presenta por escrito tu queja de segundo nivel y envíala a Jefferson Health Plans CHIP por correo o por fax, o
- Llena el formulario de Solicitud de queja incluido en tu notificación de decisión de la queja, y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo o fax.

Dirección y número de fax de Jefferson Health Plans CHIP para quejas de segundo nivel:

Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Por fax al 215-991-4105

¿Qué ocurre después de presentar una queja de segundo nivel?

Después de que presentes tu queja de segundo nivel, recibirás una carta de Jefferson Health Plans CHIP informándote que Jefferson Health Plans CHIP ha recibido tu queja, y sobre el proceso de revisión de queja de segundo nivel.

Puedes solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP, gratuitamente, ver cualquier información que Jefferson Health Plans CHIP tenga sobre el problema del que trata tu queja. Además, puedes enviarle a Jefferson Health Plans CHIP información que tengas sobre tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja, si lo deseas. Jefferson Health Plans CHIP te informará sobre el lugar, la fecha y la hora de la revisión de la queja **con por lo menos quince (15) días de anticipación a la revisión de la queja**. Puedes estar presente en la revisión de la queja en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Un comité de tres (3) o más personas, incluida al menos una persona que no trabaja para Jefferson Health Plans CHIP y que no estuvo involucrada en ningún nivel anterior de revisión o toma de decisiones, se reunirá para tomar una decisión sobre tu queja de segundo nivel. El personal de Jefferson Health Plans CHIP del comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada en el problema del cual trata tu queja. Si la queja es sobre un problema clínico, un médico con licencia formará parte del comité y Jefferson Health Plans CHIP te enviará por correo un aviso dentro de **45 días a partir de la fecha en que se recibió tu queja de segundo nivel** para informarte la decisión sobre tu queja de segundo nivel. Dicha carta también te explicará qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información o ayuda durante el proceso de la queja, consulta la página **45**.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP sobre mi queja de segundo nivel?

Puedes solicitar una revisión externa por parte del Departamento de Salud o el Departamento de seguros.

Debes solicitar una revisión externa de la queja **dentro de los quince (15) días de la fecha en que recibiste la notificación de la decisión sobre la queja de segundo nivel.**

Revisión externa de una queja

¿Cómo solicito una revisión externa de una queja?

Puedes enviar tu solicitud para una revisión externa de tu queja por escrito a:

Pennsylvania Department of Health
Bureau of Managed Care
Health and Welfare Building, Room 912
625 Forster Street
Harrisburg, PA 17120-0701

Número de teléfono: 1-888-466-2787

o a

Pennsylvania Insurance Department
Bureau of Consumer Services
Room 1209, Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120

Número de teléfono: 1-877-881-6388

Si lo solicitas, el Departamento de Salud te ayudará a escribir tu Queja.

El Departamento de Salud trata con quejas que involucran la forma en que el proveedor brinda cuidado o servicios. El Departamento de seguros revisa las quejas que involucran a las políticas y los procedimientos de Jefferson Health Plans CHIP. Si envías tu solicitud para una revisión externa al departamento equivocado, será enviada al departamento correcto.

¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa de mi queja?

El Departamento de Salud o el Departamento de Seguros obtendrán tu expediente de Jefferson Health Plans CHIP. Además, puedes enviarles cualquier otra información que pudiera ayudar a la revisión externa de tu queja.

Puedes ser representado por un abogado o por otra persona, como tu representante, durante la revisión externa.

Se te enviará una carta con la decisión después de que se haya tomado la decisión. Esta carta te informará sobre todas las razones para la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y tu solicitud para una revisión externa tiene matasellos, o se entregó en mano con fecha dentro del plazo de diez (10) días desde la fecha de la notificación en la que se te informa sobre la decisión de la queja de primer nivel de Jefferson Health Plans CHIP de que no puedes recibir los servicios o artículos que estuviste recibiendo porque son servicios o artículos no cubiertos para ti; los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

Reclamos

¿Qué es un reclamo?

Cuando Jefferson Health Plans CHIP deniega o disminuye un servicio o artículo que solicitaste porque no es necesario médicamente, o aprueba un servicio o artículo diferente al que solicitaste, recibirás una notificación informándote sobre la decisión de Jefferson Health Plans CHIP.

Un reclamo es cuando le informas a Jefferson Health Plans CHIP que estás en desacuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP.

¿Qué debo hacer si tengo un reclamo?

Para presentar un reclamo:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans CHIP tu reclamo, o
- Presenta por escrito tu reclamo y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo o por fax, o
- Llena el formulario de Solicitud de queja/ reclamo incluido en la notificación de denegación que recibiste de Jefferson Health Plans CHIP y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo o fax.

Dirección y número de fax de Jefferson Health Plans CHIP para reclamos:

Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Por fax al 215-991-4105

Tu proveedor puede presentar un reclamo por ti si le das tu consentimiento por escrito. Si tu proveedor presenta un reclamo por ti, no puedes presentar independientemente un reclamo por separado.

¿Cuándo debo presentar un reclamo?

Debes presentar un reclamo **dentro de los sesenta (60) días de la fecha en que recibiste una notificación** informándote sobre la denegación, disminución o aprobación de un servicio o artículo distinto para ti.

¿Qué ocurre después de presentar un reclamo?

Después de que presentas tu reclamo, recibirás una carta de Jefferson Health Plans CHIP informándote que Jefferson Health Plans CHIP ha recibido tu reclamo, y sobre el proceso de revisión del reclamo.

Puedes solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP, gratuitamente, ver cualquier información que Jefferson Health Plans CHIP usó para tomar

la decisión sobre el reclamo que presentaste. Además, puedes enviarle a Jefferson Health Plans CHIP información que tengas sobre tu reclamo.

Puedes estar presente en la revisión del reclamo, si lo deseas. Jefferson Health Plans CHIP te informará sobre el lugar, la fecha y la hora de la revisión del reclamo con por lo menos quince (15) días de anticipación a la revisión del reclamo. Puedes estar presente en la revisión del reclamo en persona, por teléfono o por videoconferencia. Si decides no estar presente en la revisión del reclamo, no afectará la decisión.

Un comité de tres (3) personas o más, incluido un doctor certificado, se reunirá para decidir sobre tu reclamo. El personal de Jefferson Health Plans CHIP del comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada en el problema del cual trata tu reclamo. Jefferson Health Plans CHIP te enviará por correo una notificación dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se recibió tu reclamo para informarte la decisión tomada al respecto. Dicho aviso también te explicará qué hacer en caso de no estar acuerdo con la decisión.

Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso del reclamo, consulta la página **45**.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo los servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando y presentas un reclamo verbalmente o que se envía por fax, con matasellos o entregado en mano dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la notificación en la que se te informa que los servicios o artículos que has estado recibiendo se están reduciendo, cambiando o denegando; los servicios o artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de Jefferson Health Plans CHIP?

Puedes solicitar una revisión externa del reclamo. Una revisión externa del reclamo es una revisión realizada por un médico que no trabaja para Jefferson Health Plans CHIP.

Debes solicitar una revisión externa del reclamo dentro de los quince (15) días de la fecha en que recibiste la notificación de la decisión sobre el reclamo.

Para obtener información sobre la revisión externa del reclamo, consulta a continuación. Si necesitas más información sobre la ayuda durante el proceso del reclamo, consulta la página **45**.

Revisión externa de un reclamo ¿Cómo solicito una revisión externa?

Para solicitar una revisión externa de un reclamo:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans CHIP tu reclamo, o
- Presenta por escrito tu reclamo y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo a:

Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Por fax al 215-991-4105

Jefferson Health Plans CHIP enviará tu solicitud de revisión externa del reclamo al Departamento de Salud.

¿Qué ocurre después de solicitar una revisión externa de mi reclamo?

El Departamento de Salud te notificará sobre el nombre, la dirección y el número de teléfono del revisor de la revisión del reclamo externo. Además, te brindará información sobre el proceso de revisión externa del reclamo.

Jefferson Health Plans CHIP enviará el expediente de tu reclamo al revisor. Puedes proporcionar información adicional que pueda ayudar en la revisión externa de tu reclamo al revisor dentro de quince (15) días posteriores a la presentación de la solicitud de revisión externa del reclamo.

Recibirás una carta de decisión dentro de los sesenta (60) días de la fecha en que solicitaste una revisión externa del reclamo. Esta carta te informará sobre todas las razones para la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Qué hacer para seguir recibiendo servicios:

Si has estado recibiendo servicios o artículos que se están reduciendo, cambiando o denegando, y solicitas una revisión externa del reclamo verbalmente o mediante una carta que lleve matasello, o sea entregada en mano dentro de los diez (10) días de la fecha de la notificación en la que se te informa sobre la decisión del reclamo de Jefferson Health Plans CHIP, los servicios o los artículos continuarán hasta que se tome una decisión.

Quejas y Reclamos acelerados ¿Qué puedo hacer si mi salud está en riesgo inmediato?

Si tu doctor o dentista cree que esperar para recibir una decisión sobre tu queja o reclamo podría causar daños a tu salud, tú o tu doctor o dentista pueden solicitar que tu queja o reclamo se resuelva más rápidamente. Para que se tome una decisión más rápidamente sobre tu queja o reclamo:

- Debes solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP una decisión temprana llamando a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477), enviando una carta o el formulario de Solicitud de queja/reclamo por fax al 215-991-4105, o enviando un correo electrónico a quickcga@jeffersonhealthplans.com.
- Tu médico o dentista deberían enviar una carta firmada por fax al 215-991-4105 en un plazo de 72 horas de tu solicitud para una decisión temprana que explique por qué podría causar daño a tu salud que Jefferson Health Plans CHIP se tome el tiempo estándar en comunicarte su decisión sobre tu queja o reclamo.

Si Jefferson Health Plans CHIP no recibe una carta de tu médico o dentista y la información proporcionada no demuestra que causaría daño a tu salud al tardar la cantidad de tiempo normal para decidir sobre tu queja o reclamo, Jefferson Health Plans CHIP decidirá sobre tu queja o reclamo en el plazo de tiempo normal de 45 días desde que Jefferson Health Plans CHIP recibió por primera vez tu queja o reclamo.

Queja acelerada y revisión externa acelerada de tu queja

Tu queja acelerada será revisada por un comité que incluye un doctor certificado. Los miembros del comité no habrán sido involucrados ni habrán trabajado para una persona que estuvo involucrada con el problema del cual trata tu queja.

Puedes estar presente en la revisión de la queja acelerada, si lo deseas. Puedes estar presente para la revisión de la queja en persona, pero puede que necesites estar presente por teléfono o por videoconferencia, ya que Jefferson Health Plans CHIP tiene un plazo de tiempo corto para decidir sobre tu queja acelerada. Si decides no estar presente en la revisión de la queja, eso no afectará la decisión.

Jefferson Health Plans CHIP te informará sobre la decisión sobre tu queja en un plazo de 48 horas desde que Jefferson Health Plans CHIP recibe la carta de tu médico o dentista explicando por qué el plazo de tiempo normal para decidir sobre tu queja causará daños a tu salud o en un plazo de 72 horas desde que Jefferson Health Plans CHIP recibe tu solicitud para una decisión temprana, lo que ocurra primero, a menos que solicites que Jefferson Health Plans CHIP tome más tiempo para decidir sobre tu queja. Puedes solicitar que Jefferson Health Plans CHIP tarde hasta catorce (14) días más en decidir sobre tu queja. Además, recibirás una notificación informándote las razones de la decisión y cómo solicitar una revisión de la queja externa acelerada, si no estás de acuerdo con la decisión.

Si no estás de acuerdo con la decisión sobre la queja acelerada, puedes solicitar una revisión externa acelerada de la queja del Departamento de Salud **dentro de los dos (2) días hábiles de la fecha de haber recibido la notificación de la decisión acelerada**. Para solicitar una revisión externa acelerada de una queja:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans CHIP tu queja.
- Envía un correo electrónico a Jefferson Health Plans CHIP a quickcga@jeffersonhealthplans.com.
- Presenta por escrito tu queja y envíala a Jefferson Health Plans CHIP por correo o fax a:

Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Por fax al 215-991-4105

Reclamo acelerado y revisión externa acelerada de tu reclamo

Un comité de tres (3) personas o más, incluido un doctor certificado, se reunirá para decidir sobre tu reclamo. El personal de Jefferson Health Plans CHIP del comité no habrá estado involucrado ni habrá trabajado para una persona que estuvo involucrada en el problema del cual trata tu reclamo.

Puedes estar presente en la revisión acelerada del reclamo, si lo deseas. Puedes estar presente en la revisión del reclamo en persona, pero puede que necesites estar presente por teléfono o por videoconferencia, ya que Jefferson Health Plans CHIP tiene un plazo de tiempo corto para decidir sobre tu reclamo acelerado.

Si decides no estar presente en la revisión del reclamo, no afectará nuestra decisión.

Jefferson Health Plans CHIP te informará sobre la decisión sobre tu reclamo en un plazo de 48 horas desde que Jefferson Health Plans CHIP recibe la carta de tu médico o dentista explicando por qué el plazo de tiempo normal para decidir sobre tu reclamo causará daños a tu salud o un plazo de 72 horas desde que Jefferson Health Plans CHIP recibe tu solicitud para una decisión temprana, lo que ocurra primero, a menos que solicites que Jefferson Health Plans CHIP tome más tiempo para decidir sobre tu reclamo. Puedes solicitar que Jefferson Health Plans CHIP tarde hasta catorce (14) días más en decidir sobre tu reclamo. Además, recibirás una notificación informándote las razones de la decisión y qué puedes hacer si no estás de acuerdo con la decisión.

Si no estás de acuerdo con la decisión sobre el reclamo acelerado, puedes solicitar una revisión externa acelerada de tu reclamo.

Debes solicitarle una revisión externa acelerada del reclamo al Departamento de Salud **dentro de los dos (2) días hábiles de la fecha en que recibas la notificación de la decisión acelerada del reclamo**.. Para solicitar una revisión externa acelerada de un reclamo:

- Llama a Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) e informa a Jefferson Health Plans CHIP tu reclamo, o
- Envía un correo electrónico a Jefferson Health Plans CHIP a quickcga@jeffersonhealthplans.com, o
- Presenta por escrito tu reclamo y envíalo a Jefferson Health Plans CHIP por correo o fax a:

Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Por fax al 215-991-4105

Jefferson Health Plans CHIP enviará tu solicitud al Departamento de Salud dentro de las 24 horas de haberla recibido.

¿Qué tipo de ayuda puedo recibir en cuanto a los procesos de queja y reclamo?

Si necesitas ayuda para presentar tu queja o reclamo, un miembro del personal de Jefferson Health Plans CHIP te ayudará. Esta persona también puede representarte en tus procesos de queja o reclamo. No deberás pagar por la ayuda del miembro del personal. Este miembro del personal no será parte de ninguna decisión sobre tu queja o reclamo.

Además, puedes tener la ayuda de un miembro de la familia, amigo, abogado u otra persona para presentar tu queja o reclamo. Esta persona te puede ayudar si decides que quieres estar presente en la revisión de queja o reclamo.

En cualquier momento durante el proceso de queja o reclamo, puedes tener a una persona conocida para que te represente o actúe en nombre tuyo. Si tienes a alguien que te represente o actúe en tu nombre, informa a Jefferson Health Plans CHIP, por escrito, el nombre de dicha persona y cómo Jefferson Health Plans CHIP puede contactarla.

Tú o la persona que elijas para representarte puede solicitarle a Jefferson Health Plans CHIP, gratuitamente, ver cualquier información que Jefferson Health Plans CHIP tenga sobre el problema del que trata tu queja o reclamo.

Puedes llamar al número de teléfono gratuito de Jefferson Health Plans CHIP al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) si necesitas ayuda o tienes preguntas acerca de las quejas y los reclamos, puedes comunicarte con la oficina local de asistencia legal al 1-800-322-7572 o llamar al Proyecto de Leyes de Salud de Pennsylvania al 1-800-274-3258.

Personas que no tienen el inglés como idioma principal

Si solicitas servicios lingüísticos, Jefferson Health Plans CHIP te proveerá dichos servicios gratuitamente.

Personas con discapacidades

Jefferson Health Plans CHIP proporcionará a las personas con discapacidades las siguientes ayudas para presentar quejas o reclamos sin costo alguno, de ser necesario. Esta ayuda incluye:

- Proveer intérpretes de lengua de señas.
- Proveer información presentada por CHIP en la revisión de la queja o reclamo en un formato alternativo. La versión con formato alternativo se te proveerá antes de la revisión.
- Proveer de una persona para ayudar a copiar y presentar la información.

Referencia rápida de Jefferson Health Plans CHIP

Servicios para Miembros

Llama al 1-888-888-1211

Disponible las 24 horas, todos los días, para responder preguntas sobre la cobertura y ayudar con los servicios de planes.

Usuarios de TTY

Llama al 1-877-454-8477

Para miembros sordos o que tengan problemas de audición/habla con acceso a equipos de telefonía especiales.

Línea de Asistencia médica Teladoc

Llama al 1-800-Teladoc (835-2362)

Disponible las 24 horas, todos los días, para responder preguntas de salud.

(Para situaciones que no son de emergencia. En una emergencia, llama al 911).

Dirección de la oficina

1101 Market Street, Suite 3000

Philadelphia, PA 19107

Horario de atención: De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.

Sitio web

[JeffersonHealthPlans.com/CHIP](https://www.jeffersonhealthplans.com/CHIP)

Obtén más información sobre Jefferson Health Plans CHIP, encuentra médicos participantes, información médica y más.

Centros comunitarios de bienestar

[JeffersonHealthPlans.com/Community-Engagement](https://www.jeffersonhealthplans.com/Community-Engagement)

267-831-5300

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Línea directa de fraude y abuso de SIU:

- Llama a la línea directa anónima de Jefferson Health Plans:
1-866-477-4848

- Correo electrónico:

siutips@jeffersonhealthplans.com

Apéndice

Servicios de Intervención de Crisis

988 Línea de ayuda contra el suicidio y la crisis — Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Llama: **988**

Mensaje de texto: **988**

Visita o chatea en: **988lifeline.org**

También puedes acceder a esta lista en <https://www.dhs.pa.gov/Services/Mental-Health-In-PA/Pages/Crisis-Intervention.aspx>.

Lugar	Número de teléfono
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Allegheny	Número de teléfono: 412-350-5701 Servicios de crisis: 1-888-796-8226 (1-888-7-YOU CAN)
Programa de salud conductual y del desarrollo de Armstrong/Indiana	Número de teléfono: 724-548-3451 Servicios de crisis: 1-877-333-2470
Beaver County Behavioral Health	Número de teléfono: 724-891-2827 Servicios de crisis: 1-800-400-6180
Servicios de salud conductual y del desarrollo (DBHS) de Bedford-Somerset	Número de teléfono: Bedford: 814-623-5166 Somerset: 814-443-4891 Servicios de crisis: 1-866-611-6467
Condado de Berks MH/DD	Número de teléfono: 610-478-3271 Servicios de crisis: 610-236-0530
Programas de MH/BH/ID del condado de Blair	Número de teléfono: 814-693-3023 Servicios de crisis: 814-889-2141, elige la opción 1
Bradford/Sullivan MH/ID	Número de teléfono: 570-265-1760 Servicios de crisis: 1-800-588-1828 (fuera del horario de atención): 1-877-724-7142
Departamento de Salud Mental/ Programas de Desarrollo del Condado de Bucks	Número de teléfono: Central & Upper Bucks: 215-345-2273 Lower Bucks: 215-785-9765 Servicios de crisis: 1-800-499-7455
Programa de MH/EI/ID del condado de Butler	Número de teléfono: 724-284-5114 Servicios de crisis: 1-800-292-3866

Lugar	Número de teléfono
Programa de salud conductual/ discapacidades intelectuales del condado de Cambria	Número de teléfono: 814-535-8531 Oficina satélite de Ebensburg: 814-472-4400 Servicios de crisis: 1-877-268-9463
Programas de desarrollo y comportamiento de los condados de Cameron/Elk	Número de teléfono: 814-772-8016 Servicios de crisis: 1-800-652-0562
Carbon-Monroe-Pike MH/DS	Número de teléfono: Monroe: 570-421-2901 Carbon: 610-377-0773 Pike: 570-296-6484 Servicios de crisis: 1-800-849-1868
Centre County MH/ID/EI	Número de teléfono: 814-355-6786 y 814-355-6744 Servicios de crisis: 1-800-643-5432
Departamento de Salud Mental/ Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo del Condado de Chester	Número de teléfono: 610-344-6265 Servicios de crisis: 610-344-6265 Valley Creek Crisis Center: 610-280-3270
Clarion County MH/DD	Número de teléfono: 814-226-1080 Servicios de crisis: 1-800-226-7223
Servicios de desarrollo y salud conductual de CMSU	Número de teléfono: 570-275-5422 Servicios de crisis: 1-800-222-9016
Conexiones comunitarias de los condados de Clearfield/ Jefferson	Número de teléfono: 814-371-5100 Servicios de crisis: 1-800-341-5040
Servicios Humanos del Condado de Crawford	Número de teléfono: 814-724-8380 Servicios de crisis: 814-724-2732

Lugar	Número de teléfono
MH/IDD de Cumberland/Perry	Número de teléfono: Cumberland: 717-240-6320 Perry: 866-240-6320 Servicios de crisis: Camp Hill: 717-763-2222 Carlisle: 717-243-6005 Todas las demás áreas: 1-866-350-4357
Programa de salud mental/ discapacidades intelectuales del condado de Dauphin	Número de teléfono: 717-780-7050 Servicios de crisis: 717-232-7511 o 1-888-596-4447
ID/BH del condado de Delaware	Número de teléfono: 610-713-2365 Servicios de crisis: 1-855-889-7827
ID/MH del condado de Erie	Número de teléfono: 814-451-6000 Servicios de crisis: 814-456-2014 o 1-800-300-9558
Administración de Salud del Comportamiento del Condado de Fayette	Número de teléfono: 724-430-1370 Servicios de crisis: 724-437 1003
Servicios Humanos de Forest/Warren	Número de teléfono: Warren: 1-866-641-3488 Forest: 814-755-7995 Servicios de crisis: Días entre semana: de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.: 814-726-2100 / 814-726-8413 Después de las 5:00 p.m., los fines de semana/feriados: 814-723-2800 / 1-800-406-1255
MH/ID/EI de Franklin/Fulton	Número de teléfono: 800-841-3593 Servicios de crisis: Keystone: 717-264-2555 True North Wellness: 1-866-918-2555
Servicios Humanos del Condado de Greene	Número de teléfono: 1-888-317-7106 Servicios de crisis: 1-800-417-9460

Lugar	Número de teléfono
Servicios conductuales y de desarrollo de Juniata Valley – HMJ	Número de teléfono: 717-242-6467 Servicios de crisis: 1-800-929-9583
Programas de BH/ID/EI de Lackawanna/Susquehanna	Número de teléfono: 570-346-5741 Servicios de crisis: Lackawanna: 570-348-6100 Susquehanna: 570-278-6822
BH/DS del condado de Lancaster	Número de teléfono: 717-299-8021 Servicios de crisis: 717-394-2631
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Lawrence	Número de teléfono: 724-658-2538 Servicios de crisis: 724-652-9000
MH/ID/EI del condado de Lebanon	Número de teléfono: 717-274-3415 Servicios de crisis: 717-274-3363
MH/ID/D&A/EI del condado de Lehigh	Número de teléfono: 610-782-3200 Servicios de crisis: 610-782-3127
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Luzerne-Wyoming	Número de teléfono: 1-800-816-1880 Servicios de crisis: 570-552-6000
MH/ID de Lycoming/Clinton	Número de teléfono: Lycoming: 570-326-7895 Clinton: 570-748-2262 Servicios de crisis: 570-326-7895
Servicios de salud mental del condado de McKean	Número de teléfono: 814-887-3350 Servicios de crisis: 1-800-459-6568
MH/DS del condado de Mercer	Número de teléfono: 724-662-2230 Servicios de crisis: 724-662-2227
Oficina del programa de MH/DD/EI del condado de Montgomery	Número de teléfono: 610-278-3642 Servicios de crisis: 1-855-634-HOPE (4673)
Div. de Prog. de Desarrollo de MH/EI del condado de Northampton	Número de teléfono: 610-829-4840 Servicios de crisis: 610-252-9060

Lugar	Número de teléfono
Servicios de BH/ ID del condado de Northumberland	Número de teléfono: 570-495-2040 Servicios de crisis: 1-855-313-4387
Departamento de BH y Servicios de Discapacidad Intelectual de Philadelphia	Número de teléfono: 1-888-545-2600 Servicios de crisis: 215-686-6640
Servicios Humanos del Condado de Potter	Número de teléfono: 1-800-800-2560 Servicios de crisis: 1-877-724-7142
Oficinas administrativas del condado de Schuylkill de MH/DS/D&A	Número de teléfono: 570-621- 2890 Servicios de crisis: 1-877-9WE-HELP o 1-877-993-4357
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Tioga	Número de teléfono: 570-724-5766 Servicios de crisis: 877-724-7142
Servicios de salud mental y desarrollo del condado de Venango	Número de teléfono: 814-432-9100 Servicios de crisis: 814-432-9111
BH/DS del condado de Washington	Número de teléfono: 724-228-6832 Servicios de crisis: 1-877-225-3567
Oficina de Programas de Conducta y Desarrollo/El del Condado de Wayne	Número de teléfono: 570-253-9200 Servicios de crisis: 570-253-0321
Servicios de Salud Conductual y Desarrollo del Condado de Westmoreland	Número de teléfono: 1-800-353-6467 Servicios de crisis: 1-800-836-6010

Lugar	Número de teléfono
MH/IDD de York/Adams	Número de teléfono: 717-771-9618 o 1-800-441-2025 Servicios de crisis: WellSpan at York Hospital: 717-851-5320 WellSpan at Gettysburg Hospital: 717-334-2121 TrueNorth at Hanover Hospital: 717-637-3711 TrueNorth at Memorial Hospital: 717-632-4900 TrueNorth Mobile Crisis Intervention: 717-637-7633 o 1-866-325-0339

La discriminación está prohibida por la ley

Jefferson Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Jefferson Health Plans no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Jefferson Health Plans proporciona productos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; algunos de estos productos y servicios pueden ser los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).

Jefferson Health Plans proporciona servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesitas estos servicios, comunícate con Jefferson Health Plans al **1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477)**.

Si crees que Jefferson Health Plans ha incumplido en la prestación de estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual, puedes presentar una queja ante la siguiente entidad:

Jefferson Health Plans
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Número de teléfono: 1-888-888-1211
(TTY 1-877-454-8477)
Fax: 1-215-991-4105

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Número de teléfono: (717) 787-1127,
TTY/servicio de retransmisión de PA:
711, fax: (717) 772-4366, o al
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico.

Si necesitas ayuda para presentar una queja, Jefferson Health Plans y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están disponibles para ayudarte.

También puedes presentar una queja respecto de los derechos civiles en forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal, teléfono o correo electrónico a:

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

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Avisos de disponibilidad

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si hablas español, tienes a tu disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llama al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o habla con tu proveedor.

Chinese; Mandarin

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-888-888-1211 (文本电话：1-877-454-8477) 或咨询您的服务提供商。

Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि गि: शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि नि: शुल्क उपलब्ध छन्। 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Russian

ВНИМАНИЕ Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. نتمتع بتوفير وسائل مساعدة وخدمات من ابسة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 1-888-888-1211 (1-877-454-8477) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) oswa pale avèk founisè w la.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-888-1211 (Người khuyết tật: 1-877-454-8477) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) або зверніться до свого постачальника.

Chinese; Cantonese

注意: 如果您說中文, 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) 或與您的提供者討論。

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) ou fale com seu provedor.

Bengali

মনোযোগ দি: দি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

French

ATENCIÓN: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-888-1211 (TTY : 1-877-454-8477) ou parlez à votre fournisseur.

Cambodian

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភតិភ័ត្តិថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយភតិភ័ត្តិថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Korean

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.





Jefferson Health Plans

1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Visítanos en [JeffersonHealthPlans/CHIP](https://www.jeffersonhealthplans.com/CHIP)

Para obtener ayuda adicional, las 24 horas del día, los 7 días de la semana,
llama a Servicios para Miembros al
1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477).