

Folleto de los Beneficios del Miembro



Child Health Plan *Plus* (CHP+)

ofrecido por Colorado Access

If you need this document in large print, Braille, other formats, or languages, or read aloud, or need another copy, call 800-511-5010. For TDD/TTY, call 888-803-4494. Call Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.

Si necesita este documento en letra grande, Braille, otros formatos o idiomas, o se lea en voz alta, o necesita otra copia, llame al 800-511-5010. Para TDD/TTY, llame al 888-803-4494. Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.



¿NECESITA AYUDA ESPECIAL CON ESTE FOLLETO?

Si necesita este folleto en letra grande, en braille, en una casete o en otro idioma, llámenos. Si desea que alguien le explique algo de este folleto, llámenos. Hablaremos con usted por teléfono o podemos visitarle en persona. Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888- 803-4494 (número gratuito).

This booklet is available in English:

If you need this booklet in English, call us at 800-511-5010. We have this booklet in English.

Gracias por elegir CHP+ para su cobertura de atención médica. Le deseamos buena salud.

¡Bienvenido!

¡Bienvenido a Child Health Plan *Plus* (CHP+) ofrecido por Colorado Access! Inscribirse en este plan es su elección.

CHP+ es un plan de salud que le ofrece Colorado Access. Colorado Access es un plan de salud sin fines de lucro. Colorado Access ha prestado servicios a los miembros de CHP+ desde 1998. Como miembro, puede pedir información en la estructura de Colorado Access. También puede pedir información en cómo funciona Colorado Access. Llámenos a los números que se indican a continuación. O visite nuestro sitio web en coaccess.com/about/.

Este folleto es una guía de sus beneficios de CHP+. Guarde este folleto en un lugar seguro. Así puede encontrarlo cuando lo necesite. Léalo con atención. Sepa sus beneficios.

Cuanto más sepa en sus beneficios, mejor podrá aprovecharlos. Visite nuestro sitio web en coaccess.com/chp para aprender más. También puede encontrar consejos y herramientas para ayudarle con su atención médica en nuestro sitio web.

Puede pedir otra copia de este folleto, una copia del directorio de proveedores o una copia de cualquier cosa en nuestro sitio web. No le costará nada. Se la enviaremos en un plazo de cinco

1

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN JUNIO DE 2025



días.

Llámenos si tiene preguntas en sus beneficios. Podemos responder a sus preguntas. Llame de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY (teletipo) deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito). Estos números también están en la parte abajo de cada página de este folleto.

Si obtiene otro seguro, Medicaid o se muda fuera de Colorado, no puede ser parte de nuestro plan CHP+. Si esto le sucede, díganos. Llame al Servicio al cliente para informarnos.

Como miembro de CHP+, haremos lo siguiente:

- Pagaremos los servicios cubiertos.
- Autorizaremos la atención especializada que pueda necesitar.
- Ofreceremos servicios de manejo de la atención. Esto es cosas como coordinar su atención. O ayudarle a encontrar un proveedor.

Este folleto le dice cuáles son sus beneficios y cobertura. Cubre beneficios para niños que tienen Elegibilidad presunta. También cubre los beneficios para personas embarazadas, niños y aquellos elegibles para el Programa de atención prenatal.

Si hay cambios grandes, le informaremos sobre ellos por escrito. Esto será 30 días antes de que se produzca el cambio. Esto incluye cambios en derechos, beneficios y copagos. También le informaremos si hay alguna medida que deba tomar como miembro.

Sabemos que cada miembro es diferente. Trabajamos arduamente para satisfacer sus necesidades de atención médica. Queremos que usted, su familia o su cuidador formen parte de su atención médica. Es por eso que nos aseguramos de enviarle información en el formato que quiera.

Usted podrá dejar el programa CHP+ en cualquier momento y por cualquier razón. Para dejar el programa CHP+, comuníquese con nosotros, con el condado donde vive o con el Programa de Asistencia Médica de Colorado (CMAP). Llámelos al 800-359-1991. Avíseles que desea dejar el programa.

Usted tiene derecho a cambiar su plan CHP+. Puede hacer esto cada año cuando renueve.



Información de contacto

Colorado Access Customer Service

P.O. Box 17580

Denver, CO 80217-0580

800-511-5010 (número gratuito) coaccess.com

Línea de TTY de Colorado Access para personas sordas o con problemas auditivos

888-803-4494 (número gratuito)

Colorado Medical Assistance Program (CMAP)

P.O. Box 929

Denver, CO 80201-0929

888-367-6557

colorado.gov/peak (también llamado PEAK)

Averigüe si es elegible para CHP+. También puede obtener información en los programas de salud y nutrición.

Línea de asistencia médica para la familia (Información en programas y recursos de atención médica)

303-692-2229 o 800-688-7777 (número gratuito)

Rocky Mountain Poison Center

800-332-3073

DentaQuest (Beneficios dentales de CHP+ de rutina para mujeres embarazadas y niños)

888-307-6561 (TTY 711)

Colorado Crisis Services

844-493-TALK (8255)

Envíe un mensaje de texto "TALK" al 38255

coloradocrisiservices.org

988: Línea de Ayuda para la Salud Mental de Colorado

Llame o envíe un mensaje de texto al 988. Los mensajes de texto están disponibles tanto en inglés como en español.

Chatee en directo en 988colorado.com. El chat en tiempo real está disponible tanto en inglés como en español.

988colorado.com

Índice

Título	Número de página
1: Membresía	7
Elegibilidad para CHP+	7
Elegibilidad presunta	7
Inscripción de recién nacidos	9
Programa de atención prenatal CHP+	9
Proceso de renovación	10
Tarjetas de identificación e información del nuevo miembro	11
Cómo cambiar su información	11
Otro seguro de salud	12
Política de cancelación	12
Cuando finaliza su cobertura de CHP+	13
Resumen de beneficios cubiertos	14
2: Derechos y responsabilidades del miembro	18
Derechos y responsabilidades con respecto a la continuidad de la atención	19
Transición de la atención	20
3: Acerca de su cobertura de atención médica	21
Proveedores de nuestra red	21
Recuerde	21
Proveedor de Atención Primaria (PCP)	21
4: Lo que usted paga (costos compartidos): para la inscripción y los servicios	25
Copagos (costos compartidos)	25
Facturas por cosas que no sean copagos	28
Cuándo se le pueden facturar los servicios	28

Servicios de proveedores fuera de la red	28
Límite anual de desembolso directo	30
5: Beneficios para miembros - servicios cubiertos	31
Recuerde	29
Servicios de cuidado preventivo	32
Planificación/Salud reproductiva	33
Servicios de maternidad y atención del recién nacido	34
Servicios del consultorio del proveedor	36
Servicios hospitalarios para pacientes internados	38
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	42
Atención urgente/después del horario de atención, atención de emergencias y viajes fuera del país	44
Servicios de ambulancia y transporte	48
Terapias	49
Atención médica en el hogar y terapia de infusión en el hogar	52
Atención en un centro de cuidados paliativos	54
Servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos	56
Equipo y suministros médicos	61
Servicios dentales	64
Terapia de alimentos y nutrición	67
Atención de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias	70
Farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	74
Servicios de audiología	78
Servicios oftalmológicos	79
6: Exclusiones y limitaciones generales	81
Recuerde	29
7: Gestionar la atención	89
Autorización previa para servicios de atención médica (aprobación previa)	89

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

Servicios de atención de salud médicamente necesarios	90
Entorno adecuado	91
Revisión retrospectiva de una reclamación	93
Necesidades de atención continua	93
Directivas médicas anticipadas	95
El defensor para el acceso a la atención de salud del comportamiento	95
8: Coordinación de beneficios y subrogación	96
Coordinación de beneficios	96
Indemnizaciones por accidentes de trabajo	96
Disposiciones de seguro del automóvil	97
Cómo CHP+ coordina los beneficios con las políticas de cumplimiento	97
Responsabilidad de terceros: Subrogación	98
9: Quejas (Reclamos)	100
Obtenga ayuda con su queja	100
Cómo comunicarse con el Departamento de políticas y financiamiento de la atención médica	101
10: Apelaciones	102
Cómo solicitar una apelación	102
Apelaciones aceleradas (“urgentes”)	103
Cómo solicitar una revisión estatal	104
11: Otra información legal	106
Eventos catastróficos	106
Cambios en el folleto de beneficios para miembro de CHP	106
Prevención del fraude	106
Contratistas independientes	107
Sin retención de cobertura para la atención necesaria	107
Exámenes físicos y autopsias	107
Envío de avisos	107
El límite en ciertas defensas	108
12: Glosario	109
La discriminación es ilegal	126



1: Membresía

Esta sección tiene información que puede ser útil mientras usted sea parte del CHP+ ofrecido por Colorado Access.

ELEGIBILIDAD CHP+

Para acceder al CHP+, usted debe:

- Tener 18 años o menos.
- No tener ningún otro seguro de salud. Excepto Medicare o planes oftalmológicos o dentales independientes o en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). En este caso, CHP+ va a pagar como seguro secundario.
- Cumplir con las pautas de ingresos más actuales para la inscripción en CHP+. Puede encontrarlas en hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus.

A fin de calificar para el Programa de atención prenatal de CHP+, usted debe:

- Ser una mujer embarazada.
- No ser elegible para Medicaid. O tener cualquier otro seguro de salud. Excepto Medicare o planes oftalmológicos o dentales independientes o en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA).
- Cumplir con las pautas de ingresos más actuales para la inscripción en CHP+. Puede encontrarlas en hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus.

Área de servicio de Colorado Access

CHP+ ofrecido por Colorado Access se ofrece en estos condados de Colorado:

Adams, Alamosa, Arapahoe, Baca, Bent, Boulder, Broomfield, Chaffee, Cheyenne, Clear Creek, Conejos, Costilla, Crowley, Custer, Delta, Denver, Douglas, Eagle, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Kiowa, Kit Carson, Larimer, Las Animas, Lincoln, Logan, Mineral, Morgan, Otero, Park, Phillips, Prowers, Pueblo, Rio Grande, Sedgwick, Saguache, Summit, Teller, Washington, Weld y Yuma.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD:

El programa de Elegibilidad presunta (Presumptive Eligibility, PE) brinda cobertura médica temporal de inmediato a aquellos que califican. La cobertura dura al menos 45 días. Dura mientras se procesa su solicitud de asistencia médica. Para calificar, debe:

- Tener 18 años o menos. O bien ser una persona embarazada.
- Parecer que califica para Health First Colorado o CHP+.



- Pedir asistencia médica.

Nota: Los servicios dentales no están cubiertos para niños mientras participan en este programa.



INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS

Si queda embarazada, llámenos. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito). Podemos ayudarla a encontrar un médico si lo necesita. También tenemos otros servicios para usted. Estos servicios son a través de nuestro programa prenatal.

Si usted es una mujer inscrita en CHP+ cuando nazca su bebé, debe agregar a su recién nacido a su caso en línea. **Debe informar al estado sobre el bebé.** Para notificar al estado e inscribir a su niño, usted puede:

- Llamar a CMAP después de tener a su bebé. Llámelos al 800-359-1991. Dígales el nombre de su bebé, su fecha de nacimiento y su nombre.
- Informar sobre un cambio a través de su cuenta de PEAK. Visite colorado.gov/PEAK para hacerlo.
- Usar la aplicación móvil de Health First Colorado.
- También puede informar el nacimiento de su bebé a la oficina de servicios humanos del condado donde vive. O a un trabajador de casos del centro de asistencia médica (Medical Assistance, MA) cerca de usted.

Cualquier persona puede informar el nacimiento de su bebé con esta información. Su bebé tendrá al menos 12 meses de cobertura una vez inscrito en CHP+.

Una vez que su bebé sea agregado a su caso y usted tenga su identificación estatal, puede llevar a su bebé al médico.

Su bebé tendrá seguro bajo su cobertura de CHP+. Esto es solo para los primeros 30 días de vida.

Su niño tendrá al menos 12 meses de cobertura una vez inscrito. Llámenos al 303-755-4138 si necesita ayuda para presentar una solicitud.

PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL CHP+

CHP+ tiene un Programa de atención prenatal. Este es para mujeres embarazadas que reúnen los requisitos. No hay copagos. Con este programa, tiene cobertura durante 12 meses después de que finalice su embarazo.

Llame a nuestro Socio de solicitud de elegibilidad para ver si califica para otros programas. Se llaman Access Medical Enrollment Services. O llámelos si necesita ayuda cuando finalice su cobertura. Llámelos al 303-755-4138.

Preguntas frecuentes para miembros del programa de atención prenatal de CHP+

¿Necesito una derivación para recibir atención prenatal?

No. No necesita una derivación para ver a un OBSTETRA/GINECÓLOGO dentro de la red o a



una enfermera-partera certificada para recibir atención durante el embarazo. Podemos ayudarla a averiguar si su proveedor de atención prenatal está dentro de nuestra red. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Si mi proveedor de atención primaria (PCP) brinda atención prenatal, ¿tengo que consultarlo para mi atención prenatal?

No. No tiene que ir a su PCP para recibir atención prenatal. La ley de Colorado le permite consultar a un OBSTETRA/GINECÓLOGO o a una enfermera-partera certificada dentro de nuestra red para recibir atención médica reproductiva. Esto está permitido aun si su PCP tiene estos servicios.

¿Qué sucede si necesito atención por problemas médicos no relacionados con mi embarazo?

El Programa de atención prenatal de CHP+ es un programa de atención médica para mujeres embarazadas. Esto significa que el programa cubrirá necesidades médicas no relacionadas con su embarazo. Estas están cubiertas si se enumeran como beneficios cubiertos y se consideran médicamente necesarios.

¿Qué sucede si llamo al servicio al cliente y me dicen que no soy elegible?

Vamos a trabajar con usted para ayudar a responder todas las preguntas. Verificaremos su estado de elegibilidad. CMAP también puede informarle si está cubierto. Llámelos al 800-359-1991.

¿Qué proveedores me brindarán atención con el Programa prenatal de CHP+?

Puede consultar a cualquier proveedor prenatal dentro de la red para recibir atención prenatal. Consulte a su PCP para otras necesidades de atención médica.

Puede encontrar un proveedor en línea en coaccess.com. Hay un enlace a nuestro directorio en la página principal de nuestro sitio web. O llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

PROCESO DE RENOVACIÓN

Se requiere una renovación anual. Esto es para confirmar que su información no ha cambiado. También le da la oportunidad de actualizar su información. Recibirá un aviso de renovación por correo. Asegúrese de que su dirección esté actualizada para poder recibir avisos importantes por correo de manera oportuna. Visite co.gov/peak para actualizar su dirección, número de teléfono y correo electrónico. Si tiene alguna pregunta sobre el estado de su renovación, llame a CMAP. Llámelos al 800-359-1991.

Deberá volver a presentar una solicitud si pierde su cobertura en virtud del CHP+. También deberá volver a presentar una solicitud si se vuelve elegible para otro plan. Esto es planes como Health First Colorado. Existen muchas maneras de presentar una solicitud:

10

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN DICIEMBRE DE 2023



- En línea a través de colorado.gov/peak.
- Por correo, fax o en persona en la oficina de su condado o en el sitio de asistencia para solicitudes.

Si tiene preguntas sobre cuándo volver a pedir la cobertura de CHP+, llame a nuestro socio de solicitud de elegibilidad. Se llaman Access Medical Enrollment Services. Llámelos al 303-751-4138 o al 855-221-4138 (número gratuito). También puede enviarles un correo electrónico a appassist@coaccess.com.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN DEL NUEVO MIEMBRO

Su tarjeta de identificación muestra que usted es miembro del CHP+. Todos los miembros obtienen una tarjeta de identificación de miembro del CHP+. Solo el miembro que está en la tarjeta puede usarla para obtener servicios. Lleve siempre su tarjeta de identificación de CHP+ cuando necesite atención médica. Tenga su tarjeta de identificación a la mano cuando llame para hacer una cita. Debe mostrársela a la recepcionista cuando se registre para su cita. Si necesita una receta, muestre la tarjeta a la farmacia donde la obtiene.

Si no recibió su tarjeta de identificación o necesita una nueva, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

		Co-ins (Copays) PCP: \$0.00 / \$0.00 SCP: \$0.00 Prescription/RX: \$0.00 / \$0.00 Lab and X-Ray: \$0.00 / \$0.00 ER/Urgent: \$0.00 / \$0.00 Inpatient Hospital: \$0.00	X025193500006 
Member Name: SAMPLE MEMBER State ID#: X999999 DOB: 01/01/2029 Gender: F Plan Name: Child Health Plan Plus PCP: SAMPLE CLINIC PCP Phone: (303)333-3333 PCN: NVT RxGrp: CHPH RxBin: 610602		• Show this ID card every time you see a healthcare provider. • Your PCP will help you get the medical care you need. • Get a referral from your PCP before you get care from a specialist or hospital (except in emergencies). • If you can, call your PCP before going to the ER. • If you have a true emergency, call 911 or go to the ER. • If you are not sure what to do, call your PCP. • To call us for a preauthorization, or to let us know of a hospital stay and other services that may be required, please call us at 303-751-9021 or 1-888-214-1101.	
This ID card does not guarantee eligibility. Check eligibility at www.coaccess.com Card Issued: 08/26/2022		FOR PROVIDERS Send claims to: Colorado Access Claims PO Box 240389 Apple Valley, MN 55124 Check eligibility at: www.coaccess.com Contact Customer Service at: 303-751-9021 or 1-888-214-1101	

Para ayudar a proteger su información

- Trate su tarjeta de identificación como si fuera una tarjeta de crédito o una licencia de conducir. Manténgala en un lugar seguro.
- Cuide su tarjeta de identificación. No preste su tarjeta de identificación a nadie. Si comparte su tarjeta con alguien puede ponerlo en riesgo. Si alguien recibe atención médica usando su nombre o información, es posible que usted no reciba atención cuando la necesite.
- Asegúrese de estar atento a las personas que miran por encima de su hombro cuando use su tarjeta. Podría ser en una farmacia, en el consultorio del médico o en otro lugar público. No comparta su información para obtener regalos o servicios gratuitos. Si

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
 Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com



alguien usa su información, le está robando dinero que debería usarse para pagar su atención.

Llámenos pronto si pierde su tarjeta de identificación o se la roban. Le daremos una nueva. Su nueva tarjeta llegará por correo en unas semanas.

Si cree que alguien ha estado usando su tarjeta o sus beneficios de seguro, infórmenos. Puede enviar un correo electrónico a compliance@coaccess.com. O llamar a nuestra línea directa de cumplimiento. Llame al 877-363-3065 (número gratuito).

CÓMO CAMBIAR SU INFORMACIÓN

Si cambia su nombre, dirección o número de teléfono, llame al Programa de asistencia médica de Colorado para informarles. Llámelos al 800-359-1991. También puede hacerlo en línea. Visite colorado.gov/peak o descargue la aplicación PEAK.

Si tiene preguntas en dónde actualizar sus datos de contacto, llámenos. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Si se muda, debe actualizar su dirección dentro de los 31 días posteriores a su mudanza. Si no, es posible que no reciba avisos importantes de nuestra parte. Queremos asegurarnos de que reciba avisos importantes en sus beneficios y cuándo renovar su cobertura de atención médica. Si no recibe ese aviso importante, aún debe enviar su solicitud de renovación.

Si se muda a un lugar que está lejos del consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP), puede elegir un PCP que esté más cerca de usted.

OTRO SEGURO DE SALUD

Si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud válida, no puede tener CHP+. Esto incluye Health First Colorado. También es cobertura individual no grupal o grupal.

Hay excepciones limitadas a esta regla. Puede tener Medicare, un plan dental o un plan oftalmológico y guardar su cobertura de CHP+.

Si tiene cobertura de seguro de salud COBRA, puede solicitar el programa CHP+. Una vez que se haya aprobado CHP+, se debe cancelar la cobertura de seguro médico de COBRA. Puede tener cobertura de CHP+ y COBRA durante un período de tiempo. Durante ese tiempo, COBRA será su plan de seguro primario. **Recuerde: Como miembro de CHP+, debe recibir atención de los proveedores de CHP+ de nuestra red. Esto es para que CHP+ cubra la atención.**

Si obtiene otra cobertura mientras tiene CHP+, debe llamar a CMAP. Debe informarles que tiene una nueva cobertura. Llámelos al 888-367-6557.

Si se determina que tiene otro seguro mientras tiene CHP+, excepto los tipos mencionados antes, su cobertura de CHP+ finalizará (se dará por terminada). También se cancelará su inscripción en el programa CHP+. En ocasiones, finalizaremos su cobertura de CHP+

retroactivamente en la fecha en que su otro seguro entró en vigencia (comenzó). Esto se llama terminación retroactiva.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Su cobertura CHP+ finalizará si ocurre alguna de estas cosas:

- Usted omite detalles de su solicitud o formularios (cometer fraude o mentir hechos materiales). O usted es deshonesto e intenta obtener una ventaja financiera o material.
- Se muda permanentemente fuera de Colorado.
- Usted o su representante envían una carta para cancelar su cobertura. Puede solicitar la cancelación de su cobertura enviando una carta al Departamento de políticas y financiamiento de la atención médica (Colorado's Department of Health Care Policy and Financing, HCPF) de Colorado. La cobertura finalizará al final del mes siguiente a partir de la fecha en que reciban la carta.
- No puede tener una buena relación paciente-proveedor con sus proveedores de atención médica. Esto significa cosas como no presentarse a las citas programadas. También es no cumplir con las responsabilidades de otros miembros.
- Es perturbador o abusivo. Además, si usted dificulta las operaciones comerciales normales en Colorado Access. O en el consultorio de su proveedor. O si representa una amenaza física para su proveedor o nuestro personal.
- Usted obtiene otro seguro de salud. Si obtiene otro seguro o se determina que tiene otro seguro, se notificará al HCPF. Su cobertura de CHP+ también terminará.
- Usted no es elegible para el programa. Esto se basaría en las reglas de elegibilidad del Plan de salud básico para niños.
- Usted cumple 19 años. La cobertura de CHP+ termina el último día del mes de su cumpleaños número 19. Esto no sucede si usted está inscrita en el programa de atención prenatal.
- Usted muere.

CUANDO TERMINA SU COBERTURA DE CHP+

Cuando termina la cobertura con CHP+, CMAP le enviará una carta. Esta carta es un Certificado de cobertura acreditable. Indica cuánto tiempo estuvo cubierto por CHP+. Es posible que necesite esta carta como prueba de la cobertura anterior cuando se inscriba en otros planes de salud.

Los beneficios del CHP+ terminan en la fecha en que termina su cobertura. No pagaremos los

servicios cuando finalice su cobertura. Esto es aun si CHP+ autorizó previamente el servicio.

Si recibe tratamiento en un centro para pacientes hospitalizados cuando termina su cobertura, cubriremos su atención hasta que se le dé el alta del centro. O hasta que sea transferido a otro nivel de atención. Esta cobertura está sujeta a los términos de este folleto de beneficios para miembros de CHP+. También depende de la ausencia de fraude y abuso. Una vez que le den el alta hospitalaria o sea transferido a otro nivel de atención, ya no cubriremos más los servicios.

Usted podría ser responsable de los pagos adeudados o realizados por CHP+ por los servicios prestados después de que su cobertura haya finalizado.

Tiene derecho a cambiar su plan CHP+ durante la renovación anual.

Tiene derecho a desafiliarse del programa CHP+ en cualquier momento. Puede cancelar su inscripción por cualquier razón. Debe llamar al Programa de asistencia médica de Colorado para informarles que desea cancelar su inscripción. Llámelos al 800-359-1991. También puede llamarnos para pedir ayuda.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

Esta sección provee una descripción general o sus beneficios. Puede obtener más información en la sección 5: Beneficios para miembro y servicios cubiertos.

Resumen de beneficios cubiertos		
Servicios de médicos/proveedores	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Atención preventiva	Cobertura total cuando la provee su proveedor de atención primaria (PCP). Incluye inmunizaciones (vacunas), chequeos y exámenes de rutina.	haga clic aquí
Planificación familiar/Salud reproductiva	Cobertura total cuando la provee un proveedor dentro de nuestra red. Incluye chequeos para mujeres sanas.	haga clic aquí
Servicios de maternidad y atención del recién nacido	Todas las visitas prenatales y de parto están cubiertas en su totalidad.	haga clic aquí
Servicios del consultorio del proveedor	Las visitas al PCP y a especialistas están cubiertas. Se aplican copagos de CHP+ para pacientes ambulatorios.	haga clic aquí

Servicios en las instalaciones	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Cubierto en total.	haga clic aquí
Laboratorio, radiografías y servicios de diagnóstico	Cubierto en total.	haga clic aquí
Centro de enfermería especializada	Cobertura por hasta 30 días calendario por año de beneficios.	haga clic aquí
Servicios en centros para pacientes ambulatorios	Cubierto en total.	haga clic aquí
Atención de emergencia y de urgencia servicios	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Atención urgente/después del horario de atención, emergencias y viajes fuera del país	Cobertura total para una emergencia que amenaza la vida o las extremidades. Se aplican los copagos estándares de CHP+. La cobertura no está disponible para viajes fuera del país.	haga clic aquí
Servicios de ambulancia y transporte	Cobertura total para una emergencia que amenaza la vida o las extremidades.	haga clic aquí
Medicamentos recetados	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (medicamentos)	Cubiertos si están en el formulario. Es posible que se apliquen pautas de cobertura y copagos estándar de CHP+ (entre \$0 y \$15).	haga clic aquí
Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Ciertos medicamentos de venta libre están cubiertos con una receta de su médico. Esto incluye vitaminas y Tylenol. Es posible que se apliquen copagos estándar de CHP+ (entre \$0 y \$15).	haga clic aquí
Servicios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Salud mental	Cobertura brindada para servicios médicamente necesarios. Puede requerir una autorización previa.	haga clic aquí

Trastornos por uso de sustancias	Se brinda cobertura para servicios ambulatorios médicamente necesarios. Puede requerir una autorización previa.	haga clic aquí
Servicios dentales	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Atención dental por DentaQuest	Limpiezas, exámenes, radiografías, empastes y tratamientos de conducto. Un beneficio máximo de \$1000 por persona por año calendario. Los miembros con Elegibilidad presunta no califican para los servicios dentales de rutina.	haga clic aquí
Otros servicios	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Atención médica domiciliaria y terapia de infusión domiciliaria	Servicios especializados cubiertos con autorización previa.	haga clic aquí
Servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos	Se provee cobertura para trasplantes limitados con autorización previa.	haga clic aquí
Equipo médico duradero	Máximo de \$2000 por año calendario. Esto excluye anteojos, lentes de contacto o aparatos de corrección auditiva.	haga clic aquí
Servicios de audiología	Cobertura para visitas de atención preventiva que son adecuadas por edad.	haga clic aquí
Beneficios mejorados ofrecidos por CHP+ ofrecido por Colorado Access	Beneficios cubiertos	Para aprender más
Servicios oftalmológicos	Cobertura para visitas de atención preventiva y atención especializada que son adecuadas para la edad. El beneficio estándar de CHP+ se limita a \$50 para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto por año calendario. Como BENEFICIO EXTRA, los miembros de CHP+ ofrecido por Colorado Access reciben \$100 adicionales. Esto es un total de \$150 por miembro por año calendario para la compra de lentes, marcos o lentes de	haga clic aquí



	contacto.	
Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Para la rehabilitación física para pacientes ambulatorios (terapia física, ocupacional y/o del habla), la cobertura de CHP+ estándar se limita a 30 visitas por año calendario. Como BENEFICIO EXTRA, los miembros de CHP+ ofrecido por Colorado Access reciben 10 visitas ambulatorias más. Esta es una cobertura total de 40 visitas ambulatorias por diagnóstico por año calendario. Para los niños de 0 a 3 años, no hay límite para el beneficio de la terapia física, ocupacional y del habla.	haga clic aquí

Exclusiones: Si un servicio que necesita no se encuentra en la lista anterior, es posible que no esté cubierto. Llámenos para aprender más. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

2: Derechos y responsabilidades del miembro

Como miembro, usted tiene estos derechos. Puede hacer uso de estos derechos sin temor a represalias:

- Obtener información en sus beneficios de atención médica.
- Ser tratado de forma justa. Ser tratado con respeto a su dignidad y privacidad.
- No estar atado. No mantenerlo alejado de otras personas para hacer que usted haga algo que quizás no quiera hacer.
- Obtener todos los beneficios correctos de CHP+.
- Obtener información médica de su médico de una forma que usted comprenda. Esto incluye averiguar qué está sucediendo (diagnóstico). También incluye ocuparse de lo que sucede (tratamiento). Incluye hablar en que podría pasar en el futuro (pronóstico).
- Obtener copias de sus notas de tratamiento y planes de servicio.
- Pedir que se cambie sus datos de salud. Esto es si cree que no es correcto o está incompleto.
- Obtener la atención médica adecuada, de los proveedores adecuados, en el momento adecuado y en el entorno adecuado.
- Hablar con los proveedores en cómo atender lo que está sucediendo con su salud. Esto es aparte del costo o la cobertura de beneficios. Esto incluye cualquier tratamiento alternativo que pueda hacerse.
- Ser parte de decidir qué es lo mejor para su propia atención médica.
- Obtener una segunda opinión.
- No seguir el plan de tratamiento de su proveedor. Ellos deben informarle lo que podría sucederle a su salud si decide hacer esto.
- Obtener servicios de planificación familiar de un proveedor con licencia dentro o fuera de la red sin una remisión.
- Obtener información en cómo vivir sano. También en cómo ayudarlo a mantenerse y vivir de forma sana.
- Contarnos de cualquier inquietud o queja que tenga en la atención y los servicios que recibió. CHP+ va a investigar y tomar las medidas correctas.
- Presentar una queja o apelar una decisión ante CHP+ sin temor a que se use en su contra. Esto también se llama represalia. Consulte la sección *Quejas*.
- Esperar que su información médica personal se mantenga de forma confidencial.



- Hacer comentarios en las políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Obtener información en CHP+, Colorado Access, servicios, proveedores y médicos. Y en los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Preguntar cómo les pagamos a los proveedores y médicos que trabajan con nosotros. También puede preguntar sobre cualquier plan de incentivos que podamos pagarles.
- Tomar decisiones en la atención médica. Y para crear una directiva anticipada que debe ser respetada por su proveedor y por nosotros. Esto es conforme a la ley estatal.
- Pedir detalles en cómo unirse a nuestro Consejo Asesor de Miembros.
- Pedir detalles en nuestro programa de Evaluación de calidad y mejora del desempeño (Quality Assessment and Performance Improvement, QAPI). También puede pedir los resultados de nuestra encuesta de satisfacción del miembro.

Como miembro, tiene la responsabilidad de:

- Usar proveedores de nuestra red. También debe mostrar su tarjeta de identificación de CHP+.
- Mantenerse en contacto con su proveedor de atención primaria (PCP). Así como con cualquier otro médico que consulte. Esto ayuda a garantizar que se cuide su salud.
- Ser honesto. Y dar a sus proveedores toda su información médica. Esto también es sus datos de salud.
- Saber cómo obtener atención en situaciones que no sean de emergencia y de emergencia. También debe saber sus beneficios de atención médica fuera de la red. Esto incluye la cobertura y lo que tiene que pagar (copagos).
- Decir a su proveedor o CHP+ sobre sus inquietudes con respecto a los servicios o la atención que recibe.
- Ser considerado con los derechos de otros miembros, proveedores y nuestro personal.
- Leer y saber lo que dice su folleto de beneficios para miembros de CHP+.
- Pagar todos los requisitos de pago de los miembros a tiempo.
- Dar a CHP+ información sobre cualquier otra cobertura de atención médica y/o beneficios que tenga u obtenga.
- Trabajar con su proveedor. Esto es para que sepan cuáles son sus inquietudes de atención médica. Su proveedor lo ayudará a hacer metas. También le ayudarán a cuidar su salud.
- Envíenos una notificación por escrito después de presentar una reclamación o acción contra un tercero responsable de su enfermedad o lesión.

Derechos y responsabilidades con respecto a la continuidad de la atención

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com



Todos los miembros tienen los derechos y las responsabilidades que se dicen antes. Si usted, en ausencia de servicios continuos, sufre un perjuicio grave para su salud, o está en riesgo de hospitalización o institucionalización, entonces se considera que tiene “Necesidades de atención médica especiales”. Esto incluye si tiene más de tres meses de embarazo. Y hasta 12 meses después del parto.

Los miembros con necesidades especiales de atención médica tienen otros derechos y responsabilidades. Estos incluyen el derecho a seguir viendo a sus proveedores que no están en nuestra red hasta 60 días después de que se inscriba en nuestro plan. También significa que usted tiene la responsabilidad de decir a sus proveedores médicos que se ha inscrito con nosotros. Esto incluye médicos, proveedores de atención médica domiciliaria y proveedores de DME. Esto es para que podamos trabajar con ellos para transferir la atención.

Si tiene más de tres meses de embarazo, tiene derecho a ver a su proveedor prenatal actual hasta después del parto. También tiene la responsabilidad de informarnos que está embarazada. Llame al CMAP para decir su embarazo. Llámelos al 800-359-1991. También debe informarnos quién le brinda atención.

TRANSICIÓN DE LA ATENCIÓN

Como nuevo miembro de CHP+, es posible que ya esté recibiendo atención de un proveedor. Esto puede ser para una afección médica determinada. Unos ejemplos de atención continua son las visitas regulares a un especialista en asma. O un proveedor de salud del comportamiento.

Para asegurarse de que esto no se interrumpa, es posible que deba cambiar su atención. Transición de la atención es cualquier atención continua que deba cambiarse (transferirse) a un nuevo proveedor que forme parte de nuestra red y acepte su plan CHP+. El cambio se hace para que pueda seguir recibiendo la atención que necesita. Esto también asegura que usted sepa que la atención está cubierta. Y que se le va a pagar al proveedor.

Si necesita ayuda con la transición de la atención, programe una cita para ver a su PCP. También puede llamarnos para hablar con un gerente de cuidado.

Si un proveedor de CHP+ que usted visita nos informa que va a dejar de ejercer o va a dejar de atender a los miembros de CHP+, le informaremos dentro de los 15 días de esa notificación. También le ayudaremos a encontrar un nuevo proveedor.

3: Acerca de su cobertura de atención médica

Sepa cómo funciona su cobertura para ayudarlo a hacer el mejor uso de sus beneficios de atención médica.

CHP+ cuenta con una red de médicos, hospitales y otros proveedores de salud. Ayudan a garantizar que usted reciba los servicios de atención médica que necesita. Trabaje con su proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar la atención con especialistas. Su PCP también le ayudará a obtener la aprobación previa (autorización) para los servicios cuando sea necesario. Esto va a ayudar a garantizar que usted reciba la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado.

PROVEEDORES DE NUESTRA RED

Asegúrese de que su proveedor esté dentro de nuestra red. Si recibe atención de un proveedor que no recibe su plan CHP+, es posible que tenga que pagar por los servicios que recibe. Puede chequear si un proveedor está en nuestra red visitando coaccess.com. Hay un enlace a nuestro directorio en la página principal de nuestro sitio web.

RECUERDE

- Siempre muestre su tarjeta de identificación de miembro de CHP+ cuando reciba atención médica.
- Cuando reciba atención, siempre estar seguro de que su proveedor esté dentro de nuestra red. Excepto en una emergencia.
- Llámenos si tiene alguna pregunta en su cobertura. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Todos los miembros de CHP+ serán asignados a un PCP que esté dentro de nuestra red. Si desea elegir otro, llámenos. Es su responsabilidad elegir un PCP que esté dentro de nuestra red. Un PCP puede ser un médico de medicina familiar, un médico de medicina interna, un médico general, un OBSTETRA/GINECÓLOGO o un pediatra. Su PCP puede ayudarle:

- Con chequeos.
- A aprender cómo mantenerse sano.
- Con visitas por enfermedad.
- A ocuparse de cualquier afección crónica.
- A vacunarse.
- A buscar un especialista si lo necesita.



- A averiguar qué está sucediendo (diagnóstico).
- A ocuparse de lo que está sucediendo (tratamiento).

Debemos asegurarnos de que los servicios y las adaptaciones adecuados estén disponibles si tiene necesidades de atención médica especiales. Los servicios deben prestarse de una forma que promueva la vida independiente. También necesitan ayudarle a ser parte de la comunidad.

Elegir o cambiar su PCP

Debe elegir un PCP dentro de nuestra red. Puede elegir el proveedor que desee. También puede cambiar su PCP en cualquier momento. El directorio de proveedores tiene una lista de PCP dentro de nuestra red. Tiene los nombres, los cargos, las direcciones y los números de teléfono de los proveedores dentro de nuestra red.

Llámenos si necesita un directorio de proveedores. O si necesita ayuda para encontrar un PCP en su área. También puede encontrar nuestro directorio de proveedores en línea en coaccess.com. Hay un enlace a nuestro directorio en la página principal de nuestro sitio web.

Nuestro directorio de proveedores en línea también puede brindarle esta información:

- Los proveedores que se encuentran en su zona.
- Los otros idiomas (que no sea inglés) que habla el proveedor. Todos los proveedores hablan inglés.
- Qué proveedores aceptan nuevos pacientes. Llame al proveedor para estar seguro.

Si no elige un PCP de nuestra red, elegiremos uno para usted en su área. Si no desea ver al PCP que elegimos para usted, llámenos.

Una vez que elija un PCP dentro de nuestra red, llámenos. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito). Va a recibir una nueva tarjeta de identificación de miembro. Va a incluir el nombre de su PCP.

PCP para recién nacidos

Su bebé será inscrito con su PCP en su fecha de nacimiento. Si su PCP solo brinda atención a adultos, su recién nacido será asignado a un PCP que brinda atención a niños. Llámenos si desea tener un PCP diferente para su recién nacido. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Visitas a su PCP

Si necesita ver a su PCP, llame a su oficina para programar una cita. El número de teléfono figura en su tarjeta de identificación. Cuando llame, dígales que es miembro de CHP+. Ellos le ayudarán a programar una cita.

Estas son algunas cosas que debe saber cuándo programe su cita:

Si su inquietud de salud es:	Su cita debe ser dentro de:
Urgente	24 horas desde la identificación inicial
Servicios de salud mental o trastornos por uso de sustancias no urgentes/que no sean de emergencia	7 días desde su solicitud
Consulta de atención por enfermedad no urgente	7 días desde su solicitud
Atención de bienestar para pacientes no sintomáticos	1 mes desde su solicitud. Salvo que se requiera una cita antes para garantizar la realización de exámenes de detección de acuerdo con el programa Bright Futures aceptado de la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP)

Pregunte a su PCP cómo obtener:

- Atención médica fuera del horario de atención.
- Atención médica los fines de semana y días feriados.
- Atención que no sea de emergencia en el área de servicio por un problema de salud que no pone en riesgo la vida, pero que requiere atención médica pronto.

Llame al 911 en caso de una emergencia. O vaya en directo a la sala de emergencias más cercana.

Llame a su PCP si no puede asistir a su cita. Llámelos al menos 24 horas antes de que necesite presentarse. Pregunte a su oficina si existe una política de cancelación. También debe informarles si llegará tarde. Es posible que le pidan que cambie la cita a otro día.

Los pagos solo se hacen para los servicios cubiertos. Aun si lo hace su PCP o si fue referido o solicitado por su PCP.

Debe trabajar con su PCP. Es posible que su PCP lo envíe a un especialista para que reciba atención. Su PCP va a coordinar su atención. También van a obtener una autorización previa para esos servicios, en caso de ser necesario.

Si no hay un especialista que forme parte de nuestra red para un servicio cubierto, CHP+ le va a remitir a un proveedor con los conocimientos (experiencia) que usted requiera.

Referencias

Su PCP le brinda servicios médicos y de salud básicos. Esto es cosas como la atención de rutina



y preventiva. A veces, es posible que deba consultar a un especialista. O es posible que necesite ver a otro proveedor. Su PCP lo va a ayudar a coordinar su atención.

Lo harán dándole una referencia. Esto le indica al especialista qué tipo de atención necesita. Su PCP se asegurará de que todos los datos importantes se entreguen al especialista.

Si tiene necesidades especiales de atención médica, es posible que se le permita tener acceso directo o una referencia permanente a su especialista según sea necesario para su atención. Hable con su PCP en cómo hacer una referencia permanente con un especialista.

No necesita una referencia para ver a un OBSTETRA/GINECÓLOGO o enfermera obstétrica certificada que forme parte de nuestra red. Esto es para cualquier atención relacionada con su embarazo.

No necesita una referencia para ver a ninguno de los proveedores o centros que se enumeran a continuación. Deben estar en la red CHP+. Consulte el directorio de proveedores para estar seguro.

- Un centro de atención de emergencia o urgencia.
- Un OBSTETRA/GINECÓLOGO o una enfermera partera certificada. Esto es para atención obstétrica o ginecológica.
- Un optometrista u oftalmólogo. Esto es para un examen ocular de rutina.

No necesita una referencia de su PCP para servicios de salud mental. Pero, los servicios podrían requerir una autorización previa (autorización) de CHP+. Los servicios de salud mental pueden estar sujetos a límites de beneficios.

Siempre asegúrese de que los servicios que su PCP recomienda estén cubiertos por CHP+. Una remisión de su PCP no siempre significa que nosotros cubramos el servicio.

Si su PCP le envía un servicio que necesita una autorización previa, esto no significa que el servicio estará cubierto y pagado.

Una vez que obtenga la referencia de su PCP, debe estar seguro de que el especialista esté dentro de nuestra red. También debe estar seguro de que acepten el CHP+. No es necesario que obtenga la aprobación de CHP+ para consultar a un especialista si está dentro de nuestra red.

Puede llamarnos para preguntarnos si los servicios están cubiertos. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Llámenos si necesita ayuda para encontrar un proveedor para una segunda opinión. No hay costo. Llámenos si necesita ayuda para programar una cita para esto. Un gerente de cuidado puede ayudarle. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito).

4: Lo que usted paga (costos compartidos): para los servicios

Costo compartido significa que usted comparte el costo de los servicios de salud con CHP+. Dice lo que pagaremos. También dice lo que tendrá que pagar. Usted cumple con los requisitos de los costos compartidos mediante el pago de sus copagos. Continúe leyendo para aprender más.

COPAGOS (COSTOS COMPARTIDOS)

Para unos servicios, es posible que exista un copago. Un copago es un monto fijo que usted paga cuando recibe un servicio de atención médica, suministro o medicamento recetado cubierto. Usted paga copagos a su proveedor en el momento del servicio. O usted paga un copago cuando obtiene un medicamento recetado.

Los copagos de CHP+ son de \$0 a \$50 por visita. El monto de su copago se encuentra en la parte delantera de su tarjeta de identificación de miembro.

Debe pagar el copago a su proveedor o farmacia cuando recibe los servicios. No hay copagos para las visitas de salud conductual preventivas y ambulatorias. Tampoco hay copagos para los servicios de planificación familiar. O para servicios de atención prenatal y posparto.

Esta tabla tiene unos ejemplos de montos de copago:

Beneficio de CHP+	Copago			
	Nivel de ingresos 1	Nivel de ingresos 2	Nivel de ingresos 3	Nivel de ingresos 4
Atención de emergencia	\$0	\$3	\$30	\$50
Atención de urgencia/después del horario de atención	\$0	\$1	\$20	\$30
Servicios de transporte de emergencia/ambulancia	\$0	\$2	\$15	\$25
Servicios hospitalarios/de otros centros				
• Para pacientes hospitalizados	\$0	\$2	\$20	\$50
• Médico	\$0	\$2	\$5	\$10
• Pacientes ambulatorios	\$0	\$2	\$5	\$10
Visita de rutina al consultorio médico	\$0	\$2	\$5	\$10
Laboratorio y radiografías	\$0	\$0	\$5	\$10

Beneficio de CHP+	Copago			
	Nivel de ingresos 1	Nivel de ingresos 2	Nivel de ingresos 3	Nivel de ingresos 4
Servicios preventivos cubiertos de vacunación infantil y planificación familiar	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de maternidad • Prenatal • Atención del bebé sano durante el parto y la hospitalización	\$0 \$0	\$0 \$0	\$0 \$0	\$0 \$0
Métodos anticonceptivos recetados	\$0	\$0	\$0	\$0
Tratamiento residencial y diurno para salud conductual	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$0	\$0	\$0	\$0
Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$0	\$2	\$5	\$10
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)	\$0	\$0	\$0	\$0
Trasplantes	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención médica en el hogar	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención en un centro de cuidados paliativos	\$0	\$0	\$0	\$0
Medicamentos recetados. Esto incluye medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos	\$0	\$1	\$3: genérico \$10: marca	\$5: genérico \$15: marca
Diálisis renal	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención de un centro de enfermería especializada	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios oftalmológicos de rutina	\$0	\$0	\$0	\$0
Servicios oftalmológicos especializados. Aquí es cuando consulta a un proveedor de la vista para algo que no sea un examen de rutina	\$0	\$2	\$5	\$10
Servicios de audiología	\$0	\$0	\$0	\$0



Beneficio de CHP+	Copago			
	Nivel de ingresos 1	Nivel de ingresos 2	Nivel de ingresos 3	Nivel de ingresos 4
Evaluación del autismo	\$0	\$0	\$0	\$0
Asesoramiento dietético/servicios nutricionales	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapias: Quimioterapia y radiación	\$0	\$0	\$0	\$0



FACTURAS POR COSAS QUE NO SEAN COPAGOS

Los contratos que tenemos con los proveedores de nuestra red les impiden facturarle a usted más de lo que pagamos y su copago. Llámenos si un proveedor que está en nuestra red le factura por un servicio aprobado y cubierto. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

CUANDO SE LE PUEDEN FACTURAR LOS SERVICIOS

Es posible que tenga que pagar por los servicios si:

- Usted recibe atención que no es de emergencia de un proveedor fuera del estado y el servicio no está autorizado.
- Recibe cualquier servicio que no está cubierto.
- Recibe servicios (por ejemplo, cirugía de día) sin la autorización de CHP+.
- Recibe servicios cuando no es elegible para CHP+.

Procedimientos de facturación dentro de la red para servicios cubiertos

Cuando un proveedor de nuestra red nos facture, le pagaremos los cargos correspondientes por los servicios cubiertos. Debe darle al proveedor que está en nuestra red todos los detalles necesarios. Esto es para que puedan presentar una reclamación. Esto es cosas como su tarjeta de identificación.

Debe pagar todo monto de copago cuando recibe servicios cubiertos.

SERVICIOS DE PROVEEDORES FUERA DE LA RED

Los servicios que no son de emergencia de un proveedor que no está en nuestra red no están cubiertos a menos que los autoricemos. Si se autorizan los servicios para un proveedor que no forma parte de nuestra red, los copagos para los servicios autorizados son los mismos que los copagos para los servicios cubiertos recibidos de un proveedor que forma parte de nuestra red.

Procedimientos de facturación fuera de la red para servicios cubiertos.

Los servicios de un proveedor que no pertenezca a nuestra red estarán cubiertos solo en caso de emergencia. Un proveedor que no está en nuestra red es un proveedor que no tiene contrato para hacer servicios para CHP+.

Esto se describe en la sección [*Atención urgente/después del horario de atención, atención de emergencias y viajes fuera del país.*](#) O cuando esté preautorizado por CHP+.

En caso de emergencia o atención de urgencia, informe al hospital o al proveedor de atención de urgencia que la reclamación debe enviarse a Colorado Access. Bríndeles la información que está en el reverso de su tarjeta de identificación.



Deben enviar la reclamación a:

Colorado Access Claims
P.O. Box 240389
Apple Valley, MN 55124

Si pagó en directo a un proveedor, puede pedir el reembolso. Deberá enviarnos una prueba de que pagó por el servicio. Un ejemplo de prueba de que pagó es un recibo del proveedor que muestra el pago o los pagos que realizó.

Para pedir un reembolso, deberá llenar un formulario. Es el formulario de solicitud de reembolso del miembro. Puede encontrarlo [en línea](#) o al reverso de este folleto. También debe enviarlo por correo con su recibo a:

Member Reimbursements
P.O. Box 17950
Denver, CO 80217-0580

Si necesita ayuda con esto, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito).

Revisaremos su solicitud. El reembolso no está garantizado. Depende de si el servicio proporcionado está cubierto por CHP+. Si se aprueba, le enviaremos el reembolso en directo a usted. El reembolso que reciba será a la tarifa fuera de la red. Es posible que este no sea el monto total que pagó al hospital.

Recuerde:

Es posible que deba pagar por los servicios de atención que no sean de emergencia ni de urgencia que reciba. Esto es si están fuera del área de servicio de CHP+. O es posible que tenga que pagar si son de un proveedor que no forma parte de nuestra red.

Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor esté en nuestra red antes de recibir cualquier servicio.

Llámenos si tiene alguna pregunta sobre algún proveedor. O llámenos si necesita ayuda para encontrar un proveedor que forme parte de nuestra red. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).



¿A dónde deben enviar las facturas los proveedores?

La reclamación se debe presentar en un plazo de 120 días después de la fecha de servicio. O según lo acordado de otro modo por CHP+ y el proveedor. Cualquier reclamación presentada después de este plazo, puede ser rechazada. Salvo que el proveedor tenga un razón válida por el cual no presentó la reclamación dentro del plazo.

Procesaremos las reclamaciones de acuerdo con los plazos requeridos por la ley estatal para el pago pronto. Esto se aplica en la medida en que dichas leyes sean aplicables. Los proveedores deben enviar los formularios de reclamación a:

Colorado Access Claims
P.O. Box 240389
Apple Valley, MN 55124

LÍMITE ANUAL DE DESEMBOLSO DIRECTO

El límite anual de desembolso directo es el máximo que pagará por copagos en un año calendario. El límite anual de desembolso directo es del 5% de sus ingresos brutos ajustados. Esto es lo que gana después de impuestos.

Una vez que los copagos que ha pagado por los servicios médicos cubiertos durante un año calendario alcancen el límite anual de desembolso directo, no tiene que pagar un copago por el resto de ese año calendario.

Debe llevar un registro de todo el dinero que gasta para alcanzar el límite anual de desembolso directo. Esta es su responsabilidad. Siga estos pasos para hacer un seguimiento:

- Guarde sus recibos de copago de la atención médica y los medicamentos recetados cubiertos.
- Cuando alcance su límite anual de desembolso directo, llame al CMAP. Llámelos al 800-359-1991.
- El programa de asistencia médica del estado solicitará pruebas. Necesitarán prueba de que usted ha alcanzado su límite anual de desembolso directo. Envíeles copias de sus recibos como prueba.

5: Beneficios para miembros: servicios cubiertos

Esta parte del folleto le informa en los beneficios y servicios cubiertos de CHP+. Explica qué pautas deben seguirse.

Si tiene preguntas en un servicio o beneficio, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888- 803-4494 (número gratuito).

Recuerde:

- CHP+ cubre servicios y suministros médicamente necesarios y preventivos.
- CHP+ no cubre los servicios enumerados como excluidos o como exclusiones en este folleto. Para aprender más, consulte la sección Exclusiones y limitaciones generales.
- CHP+ cubre servicios que son prácticas médicas estándar para la enfermedad, lesión o afección que se está tratando. Y que son legales en los Estados Unidos.
- El hecho de que un proveedor prescriba, ordene, recomiende o apruebe un servicio, tratamiento o suministro no lo convierte en médicamente necesario o en un servicio cubierto. Eso significa que no garantiza que CHP+ pagará por ello.

Todos los servicios cubiertos están sujetos a otras condiciones y limitaciones (las normas) de este folleto. Esta parte del manual revisará los servicios cubiertos en las siguientes categorías:

- Servicios de cuidado preventivo
- Planificación familiar/Salud reproductiva
- Servicios de maternidad y atención del recién nacido
- Servicios del consultorio del proveedor
- Servicios hospitalarios para pacientes internados
- Servicios en centros para pacientes ambulatorios
- Atención urgente/después del horario de atención, atención de emergencias y viajes fuera del país
- Servicios de ambulancia y transporte
- Terapia para pacientes ambulatorios
- Atención médica en el hogar y terapia de infusión en el hogar
- Cuidado en un centro de cuidados paliativos
- Servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos
- Equipo y suministros médicos

- Servicios dentales
- Terapia de alimentos y nutrición
- Atención de salud mental y de trastornos por uso de sustancias
- Farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Servicios de audiología
- Servicios oftalmológicos

SERVICIOS DE CUIDADO PREVENTIVO

Esta sección le informa en los servicios cubiertos y las exclusiones para la atención preventiva.

¿A quién debo consultar para recibir servicios de atención preventiva?

Visite a su PCP para recibir servicios de atención preventiva.

Creemos que es bueno para usted ver a su PCP con rutina. Cumplimos con el cronograma de visitas de control para niños sanos de la Academia Estadounidense de Pediatría. Este cuadro le indica cuándo creemos que debería ver a su PCP. Esto es para servicios de atención preventiva.

La infancia	Primera infancia	Infancia leve	Adolescencia
Prenatal	12 meses	5 años	11 años
Recién nacido	15 meses	6 años	12 años
Primera semana	18 meses	7 años	13 años
1 mes	24 meses	8 años	14 años
2 meses	30 meses	9 años	15 años
4 meses	3 años	10 años	16 años
6 meses	4 años		17 años
9 meses			18 años

¿Qué servicios de atención preventiva están cubiertos?

Los servicios de atención preventiva cubiertos son visitas de rutina al PCP. Esto es cosas como exámenes de salud física y mental para niños sanos. También es exámenes físicos de rutina.

- Inmunizaciones (vacunas) programadas regularmente para niños y adultos.



- Vacunas contra la gripe y COVID-19 (vacunas y refuerzos).
- Vacuna contra el VPH. Esto es tanto para miembros de sexo masculino como femenino.
- Exámenes de la vista y la audición adecuados para la edad.
- Educación sobre salud de su PCP. Esto puede decir información en cómo prevenir enfermedades y lesiones. Es posible que le hagan preguntas adecuadas para su edad durante su visita. Esto los ayudará a decidir de qué hablar durante su charla en educación para la salud.

¿Qué servicios de atención preventiva no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de atención preventiva cubiertos:

- Vacunas que necesita para viajes internacionales.
- Servicios para exámenes físicos o de detección de rutina. También vacunas administradas principalmente para programas de seguro, licencias, empleo o pérdida de peso. O para cualquier propósito no preventivo.
- Cualquier servicio que no sea médicamente necesario.

PLANIFICACIÓN/SALUD REPRODUCTIVA

Se trata de servicios cubiertos y exclusiones para la planificación familiar/salud reproductiva.

¿A quién debo consultar para recibir servicios de planificación familiar/salud reproductiva?

Los servicios de planificación familiar/salud reproductiva no necesitan autorización previa ni derivación para ningún proveedor. Esto es independientemente de si están en nuestra red o no. Podría ser un PCP u OBSTETRA/GINECÓLOGO.

¿Qué servicios de planificación familiar de salud reproductiva están cubiertos?

- Las píldoras anticonceptivas recetadas están cubiertas. Consulte la sección Farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios para aprender más. Los anticonceptivos recetados no tienen copago.
- Depo-Provera para necesidades anticonceptivas.
- Colocación de un diafragma o capuchón cervical.
- Implantación quirúrgica y extracción de un dispositivo anticonceptivo implantable.
- Colocación, inserción o extracción del dispositivo intrauterino (DIU).
- DIU, diafragmas, dispositivos anticonceptivos implantables y capuchones cervicales administrados en el consultorio de un proveedor.
- Pruebas para diagnosticar una posible enfermedad o dolencia genética.
- Pruebas y tratamiento de ITS (infección de transmisión sexual) o VIH.

¿Qué servicios de planificación familiar/reproductivos no están cubiertos?

Estos servicios son exclusiones. No son servicios de planificación familiar/salud reproductiva cubiertos:

- Procedimientos de reversión de esterilización.
- Unos productos anticonceptivos de venta libre, como el espermicida.
- Pruebas y asesoramiento genéticos antes de la concepción, paternidad o ordenados por un tribunal. Por ejemplo, pruebas para saber el sexo o las características físicas de un bebé en gestación.
- Elegir terminar un embarazo. Esto se llama terminación electiva. Esto no está cubierto a menos que sea para salvar la vida del miembro. O si el embarazo es el resultado de un acto de violación o incesto.

SERVICIOS DE MATERNIDAD Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Se trata de los servicios cubiertos y las exclusiones para la maternidad y la atención del recién nacido.

¿A quién debo consultar para servicios de maternidad y atención del recién nacido?

Un OBSTETRA/GINECÓLOGO dentro de la red, una enfermera partera certificada o un médico de medicina familiar que atiende partos. Para la atención prenatal, puede consultar a un OBSTETRA/GINECÓLOGO o a una enfermera partera certificada sin una referencia de su PCP. Esto es siempre que sean parte de nuestra red.

¿Qué servicios de maternidad y atención del recién nacido están cubiertos?

Los beneficios se otorgan para servicios de maternidad y atención del recién nacido. Esto es cosas como averiguar qué está sucediendo (diagnóstico). También es atención mientras está embarazada. Y servicios de parto.

Los servicios cubiertos son cosas como:

- Servicios de atención para pacientes hospitalizados, ambulatorios y en el consultorio del proveedor (incluida la atención prenatal, como las vitaminas prenatales recetadas) para parto vaginal, cesárea y problemas (complicaciones) con el embarazo.
- Servicios de anestesia.
- Atención de rutina en la sala de recién nacidos. Esto incluye servicios de proveedores.
- Para los recién nacidos, toda la atención médicamente necesaria. Y tratamiento de lesiones y enfermedades. Esto incluye defectos congénitos diagnosticados médicamente. Y anomalías congénitas.
- Circuncisión para los recién nacidos de sexo masculino.

- Pruebas para detectar (diagnosticar) una posible enfermedad o dolencia genética.
- Servicios de laboratorio para atención prenatal o posnatal. O interrupción de un embarazo.
- Terminación espontánea del embarazo antes de término.
- Ecografías prenatales.
- Extractores de leche. Consulte la sección Suministros y equipos médicos para aprender más en cómo obtener suministros médicos como este.
- Consultor de lactancia.
- Las visitas de atención de seguimiento posteriores al parto están cubiertas en su hogar. Esto es si lo hace un proveedor, enfermero o partera certificada. Esto está cubierto para las visitas a más tardar 72 horas después de que usted y su recién nacido abandonen el hospital.
 - Esta visita incluye, entre otros:
 - Estar seguro de que usted y el recién nacido sean examinados.
 - Revisar su sistema de apoyo en el hogar.
 - Ayuda y capacitación en cómo amamantar o alimentar con biberón.
 - Cualquier prueba materna o neonatal para la madre o el recién nacido. Esto incluye la obtención de muestras para detección de enfermedades hereditarias y pruebas metabólicas para recién nacidos. Generalmente se hacen mientras se encuentra en el hospital después del parto. O pueden hacer en el consultorio del proveedor si la madre lo desea.
- Pagamos por los servicios cuando son prestados por una enfermera partera certificada que está en nuestra red. Estos son los beneficios cubiertos:
 - Asesoría, asistencia o ayuda a la madre durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto natural en el hogar. También durante el período de posparto de acuerdo con CRS 12-37-101 y otros. Esto incluye una prueba de detección metabólica, una visita posparto, una visita de evaluación y el parto y el trabajo de parto.

Pagaremos una estadía hospitalaria de no menos de 48 horas para la madre y el recién nacido después de un parto vaginal. Si el parto es por cesárea, pagaremos una estadía hospitalaria de no menos de 96 horas. Si el parto es entre las 8:00 p. m. y las 8:00 a. m., la cobertura va a durar hasta las 8:00 a. m. de la mañana después del período de cobertura de 48 horas o 96 horas. Después de hablar con la madre, el proveedor puede dejar que la madre y el recién nacido regresen a su casa (darlos de alta) antes, si corresponde.

Consulte la sección Membresía para aprender más en la cobertura e inscripción de recién

nacidos.

¿Qué servicios de maternidad y atención del recién nacido no están cubiertos?

Estas son exclusiones. No son servicios cubiertos de maternidad y atención de recién nacidos. Esta no es una lista completa:

- Asesoramiento antes de quedar embarazada. Esto es asesoramiento previo a la concepción.
- Una prueba para averiguar quién es el padre. Esta es una prueba de paternidad.
- Asesoramiento y pruebas genéticas. Salvo que sea para averiguar si el recién nacido tendrá una enfermedad u otro problema de salud que no se haya excluido antes.
- Una prueba de detección o prueba para detectar cualquier trastorno de salud que podría heredarse de la madre o el padre. Esta es una charla en los antecedentes familiares. O resultados de pruebas para averiguar las características sexuales o físicas de un bebé en gestación.
- Pagar para almacenar la sangre umbilical.

SERVICIOS DEL CONSULTORIO DEL PROVEEDOR

Esto se trata de los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios de consultorio de proveedores.

¿A quién debo consultar para obtener servicios de consultorio de proveedores?

Debe obtener su atención y servicios médicos en el consultorio de un proveedor que esté en nuestra red. Salvo que se autorice lo contrario.

Trabaje con su PCP para ayudarlo a coordinar su atención cuando necesite ver a un especialista. No es necesario que obtenga la aprobación de CHP+ cuando recibe atención de:

- Un OBSTETRA/GINECÓLOGO dentro de la red o una enfermera partera certificada. Esto es para la atención durante el embarazo (obstétrica) o la atención especial para mujeres (ginecológica).
- Un oftalmólogo u optometrista de la red para la atención ocular rutinaria.

¿Qué servicios del consultorio del proveedor están cubiertos?

- Atención médica, hablar con un proveedor antes de recibir cualquier servicio (consultas). Segundas opiniones para examinar, averiguar qué está sucediendo (diagnóstico) y tratar una enfermedad o lesión cuando la recibe en el consultorio de un proveedor.
 - Si cree que necesita una segunda opinión, puede hablar con otro proveedor que forme parte de nuestra red. Esto es una consulta. Debe hablar con su PCP antes

de obtener una segunda opinión. Pueden sugerirle que obtenga una segunda opinión.

- Llámenos si necesita ayuda para encontrar un proveedor para una segunda opinión. O si necesita ayuda para programar una cita para una segunda opinión. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Un gerente de cuidado puede ayudarle.
- Ayuda de sus proveedores para administrar sus medicamentos. Esto es el manejo de los medicamentos.
- Cirugía y servicios quirúrgicos realizados en el consultorio del proveedor. Esto incluye anestesia y suministros. Los cargos quirúrgicos incluyen anestesia local y atención posoperatoria normal. Es posible que deba obtener una autorización previa antes de que los servicios quirúrgicos se hagan en el consultorio del proveedor. Consulte la sección Gestionar la atención para aprender más.
- Servicios de diagnóstico realizados en el consultorio del proveedor para diagnosticar o monitorear un síntoma, enfermedad o afección. Estos incluyen, entre otros:
 - Radiografías y otros Servicios de Radiología.
 - Servicios de Laboratorio y Patología.
 - Servicios de ultrasonido para afecciones que no sean el embarazo. Para ecografías relacionadas con el embarazo, consulte la sección [Servicios de maternidad y atención del recién nacido](#).
- Pruebas de alergia para estos servicios:
 - Pruebas directas de alergia de la piel (percutánea e intradérmica) y de parches. Y RAST (pruebas radioalergoabsorbentes).
 - Medicamentos para la alergia administrados mediante inyección en el consultorio del proveedor.
 - Cargos por suero para alergias.
- Pruebas audiométricas (de audición) y de la visión.

¿Qué servicios del consultorio del proveedor no están cubiertos?

Estas son exclusiones. No son servicios cubiertos del consultorio del proveedor:

- Cualquier costo relacionado con la obtención de una copia de su registro médico o la transferencia de sus archivos.
- Tratamiento para la caída del cabello. Esto es aun si fue causado por una afección médica. Excepto la alopecia areata.
- Cuidado de los pies de rutina, como el cuidado de callos, uñas de los pies o callosidades.



Esto es excepto para los miembros con diabetes.

- Tratamiento para la disfunción sexual.
- Servicios por infertilidad.
- Asesoramiento genético.
- Reembolso por separado para anestesia y atención posoperatoria. Esto es cuando los servicios son prestados por el mismo proveedor en el consultorio del proveedor.
- Análisis de densidad ósea periférica.

SERVICIOS HOSPITALARIOS PARA PACIENTES INTERNADOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios hospitalarios para pacientes internados. Esta es la atención que recibe cuando está en el hospital. También son los servicios que necesita para ayudar a los proveedores del centro para pacientes hospitalizados a cuidar de usted. Esto se llama servicios auxiliares y profesionales.

¿Dónde puedo obtener servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados?

Todas las hospitalizaciones de pacientes con afecciones agudas deben hacer en un centro que forme parte de nuestra red. Incluyen:

- Un hospital de cuidados intensivos.
- Un hospital de cuidados intensivos a largo plazo.
- Un hospital de rehabilitación.
- Otro hospital para pacientes hospitalizados que se encuentra en nuestra red.

¿Qué servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados están cubiertos?

Todos los servicios para pacientes hospitalizados están sujetos a la autorización previa de CHP+. O pautas de notificación de admisión no programada. Consulte la sección Gestionar la atención para aprender más.

Para atención médica de emergencia o por accidente, consulte la sección [Atención de urgencia/fuera del horario de atención, atención de emergencia y viajes fuera del país](#).

Para los servicios dentales, consulte la sección [Servicios dentales](#).

Servicios en las instalaciones

Puede recibir muchos servicios mientras está hospitalizado. Unos de los servicios que se pagarán incluyen, entre otros:

- Cargos por habitación semiprivada (con dos o más camas). También para servicios de enfermería general.

- Uso de un quirófano, una sala de recuperación y el equipo correspondiente.
- Apósitos médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas. Esto es cuando el centro lo suministra cuando está internado.
- Medicamentos recetados durante la hospitalización.
- Una habitación en una unidad de cuidados especiales una vez autorizada por CHP+.
La unidad debe contar con las instalaciones, el equipamiento y los servicios de apoyo para los cuidados intensivos de los pacientes en estado crítico.
- Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
- La rehabilitación para pacientes hospitalizados para admisiones hospitalarias no agudas está cubierta. Esto es para la atención médicamente necesaria para restaurar y/o mejorar las funciones perdidas después de una lesión o enfermedad.

Los beneficios de rehabilitación para pacientes hospitalizados tienen un límite de hasta 30 días por año calendario. Debe recibir estos servicios dentro de los seis meses posteriores a la fecha en que ocurrió la enfermedad o lesión.

Servicios auxiliares

Muchos proveedores trabajan juntos para brindarle toda la atención que necesita. Unos de los servicios complementarios cubiertos son, entre otros, los siguientes:

- Pruebas para averiguar qué está sucediendo (diagnóstico). Estas son cosas como análisis de laboratorio y radiografías. Por ejemplo, exploración por CT o resonancia magnética.
- Quimioterapia y terapia de radiación.
- Tratamiento de diálisis.
- Terapia respiratoria.
- Terapia física, ocupacional y/o del habla.
- Cargos para el procesamiento, transporte, manejo y administración de sangre.
- Servicios profesionales. Estos son los cuidados quirúrgicos y médicos que se brindan durante una hospitalización. Unos de los servicios profesionales cubiertos, incluyen, entre otros:
 - Servicios del proveedor para la(s) afección(es) médica(s) durante una admisión de pacientes hospitalizados.
 - Servicios quirúrgicos. Esto incluye los cuidados postoperatorios normales.
 - Anestesia y suministros y servicios de anestesia para una cirugía cubierta.
 - Cuidados médicos intensivos para la asistencia y el tratamiento constantes cuando el estado del miembro lo requiera durante un periodo prolongado.



- Asistentes quirúrgicos o cirujanos asistentes. Esto se determina según la política médica de CHP+. No cubrimos ni pagamos a los asistentes quirúrgicos por todos los procedimientos quirúrgicos.
- Servicios quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad mórbida. Estos servicios están sujetos a cumplir con los criterios de la política médica de CHP+. El hospital que hace la cirugía de obesidad mórbida debe ser designado y aprobado para hacer servicios específicos para este beneficio.
- Reconstrucción de una mama en la que se ha hecho una mastectomía. También la cirugía y reconstrucción de la otra mama para hacer una apariencia simétrica. Se proporcionan beneficios por complicaciones físicas para todas las etapas de la mastectomía. Esto incluye linfedemas. Si decide no someterse a una reconstrucción quirúrgica después de una mastectomía, pagaremos una prótesis externa.
- Hablar con otro proveedor de nuestra red. Esto es para consultas. Esto incluye segundas opiniones.
- Atención médica por parte de dos o más proveedores al mismo tiempo debido a múltiples enfermedades.
- Atención médica para un recién nacido elegible. Consulte la sección [Servicios de maternidad y atención del recién nacido](#).
- Centros de cuidados intensivos a largo plazo. Estos brindan servicios de atención crítica a largo plazo a miembros con enfermedades o lesiones graves. Los cuidados agudos a largo plazo son para miembros con necesidades médicas complejas. Esto incluye a los miembros con enfermedad del pulmón de alto riesgo con necesidades de respirador o traqueotomía. También incluye a los miembros que son inestables desde el punto de vista médico. Incluye a los miembros que necesitan atención extensa de heridas. O que tienen heridas posoperatorias y miembros con lesiones cerebrales o heridas cerradas en la cabeza. CHP+ requiere autorización previa para la admisión. CHP+ también requiere autorización previa para continuar la estadía. Consulte la sección Gestionar la atención para aprender más.
- Centros de enfermería especializada. Estos proporcionan atención de enfermería especializada, terapias y supervisión de protección para pacientes que tienen afecciones no controladas, inestables o crónicas. La atención de enfermería especializada se brinda bajo supervisión médica para el tratamiento no quirúrgico de afecciones crónicas o atención durante la recuperación de una enfermedad o lesión aguda. La cobertura del centro de enfermería especializada no incluye atención para necesidades médicas crónicas. CHP+ debe autorizar previamente la atención de enfermería especializada. Los beneficios están disponibles por hasta 30 días calendario por año de beneficios, por diagnóstico o hasta que alcance la mejora médica máxima, lo que ocurra primero. Si necesita durar más tiempo, se requiere otra autorización previa. Consulte la sección



Gestionar la atención de este folleto para aprender más.

¿Qué servicios en centros para pacientes hospitalizados no están cubiertos?

No vamos a pagar los servicios que reciba en un hospital que no esté en nuestra red. Salvo que sea para una emergencia o esté autorizado por CHP+.

Estas son exclusiones. No son servicios cubiertos en centros para pacientes hospitalizados:

- Hablar con un proveedor (consulta). O visitas relacionadas con cualquier servicio que no esté cubierto.
- Los servicios de proveedores para pacientes hospitalizados recibidos en una fecha de servicio que el centro de salud denegó.
- Gastos de habitación privada cuando hay habitaciones semiprivadas disponibles. Salvo que su afección médica requiera que esté aislado para protegerlo de la exposición a bacterias y enfermedades peligrosas. Las condiciones que requieren aislamiento incluyen, entre otras, quemaduras graves y las que se establecen en las leyes de salud pública.
- Admisiones relacionadas con servicios o procedimientos no cubiertos. Consulte la sección [Servicios dentales](#).
- Habitación y comida y servicios relacionados en un asilo de ancianos.
- Admisiones a centros de atención de custodia o admisiones a instituciones similares. La atención de custodia es atención no médica que puede ayudarlo con sus actividades diarias. Esto es cosas como hacer dietas especiales y ayudarlo a tomar sus medicamentos.
- Si abandona un hospital u otro centro en contra del consejo médico, no vamos a pagar la atención que recibió mientras estuvo allí. Esta es una atención de incumplimiento.
- Cargos de habitación y comida del centro por el día en que fue dado de alta.
- Procedimientos que son solo de naturaleza cosmética.
- Atención de custodia y/o mantenimiento. Esta es la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria.
- Cualquier servicio o atención para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Comodidad personal y artículos de conveniencia. Esto es televisores, teléfonos, comidas de los huéspedes y artículos de higiene personal. Y otros servicios y suministros como esos.
- Servicios quirúrgicos para queratoplastia refractiva. Esto incluye queratotomía radial o

Lasik. También incluye cualquier procedimiento para corregir un defecto de refracción visual.

- Otros procedimientos que no se hacen habitualmente durante la cirugía principal.

Es su responsabilidad seguir el consejo médico de su proveedor. Si no lo hace, y luego se lesiona o enferma, es posible que deba someterse a una cirugía u otro procedimiento. Si esto sucede, no pagaremos por ello. Esto se debe a que usted no estaba siguiendo el consejo médico (no cumplimiento).

Por ejemplo, si no toma el medicamento recetado después de que le extirpen las amígdalas (amigdalectomía), podría contraer una infección. La eliminación de la infección no estaría cubierta. Tendrá que pagar por ese procedimiento.

SERVICIOS EN CENTROS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios.

¿Dónde puedo obtener servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios?

Todos los servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios deben ser en un centro de nuestra red. Este plan no cubre los servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios en un centro de salud que no esté en nuestra red. Salvo que los servicios sean para una emergencia. O preautorizados por CHP+.

Puede obtener servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios en:

- El departamento de atención ambulatoria de un hospital de cuidados intensivos.
- Un centro de cirugía ambulatoria.
- Un centro de radiología.
- Un centro de diálisis.
- Una clínica hospitalaria para pacientes ambulatorios.

¿Qué servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios están cubiertos?

Unos servicios en centros de salud para pacientes ambulatorios requieren autorización previa. Consulte la sección [Gestionar la atención](#) de este folleto para aprender más.

Consulte la sección de tratamientos cubiertos para trastornos de salud mental y por uso de sustancias.

Consulte la sección Atención de urgencia/fuera del horario de atención, atención de emergencia y viajes fuera del país para aprender más en la atención de emergencias.

Consulte la sección [Servicios dentales](#) para aprender más en los servicios dentales cubiertos.

Servicios en centros de salud: se ofrecen varios servicios de atención médica en un centro de

salud para pacientes ambulatorios. Unos de los servicios cubiertos, incluyen, entre otros:

- Uso de un quirófano, una sala de recuperación y el equipo correspondiente.
- Apósitos médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas. Esto es cuando el centro lo suministra durante una admisión ambulatoria.
- Fármacos y medicamentos administrados durante una admisión ambulatoria.

Servicios complementarios: unos de los servicios complementarios cubiertos son, entre otros, los siguientes:

- Servicios de diagnóstico. Esto es cosas como análisis de laboratorio y radiografías. Por ejemplo, exploración por CT o resonancia magnética.
- Apósitos médicos y quirúrgicos, suministros, bandejas quirúrgicas, yesos y férulas. Esto es cuando lo provee un proveedor de nuestra red en un centro para pacientes ambulatorios.
- Quimioterapia y terapia de radiación.
- Tratamiento de diálisis.
- Terapia respiratoria.
- Cargos para el procesamiento, transporte, manejo y administración de sangre.

Los servicios de diálisis terapéutica están cubiertos cuando:

- Usted no es elegible para Medicare. O si usted está cubierto por Medicare pero no tiene una póliza de seguro suplementario de Medicare. Consulte la sección [*Coordinación de beneficios y subrogación*](#).
- Los servicios son proporcionados por un proveedor de diálisis que esté en nuestra red.

Los servicios de diálisis en el hogar requieren autorización previa de CHP+. Los servicios de diálisis cubiertos incluyen:

- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.
- El costo de alquileres y suministros de equipos. Esto es para diálisis en el hogar.

Servicios profesionales: los servicios profesionales son la atención médica y quirúrgica que se ofrece durante una admisión ambulatoria. Unos de los servicios profesionales cubiertos, incluyen, entre otros:

- Servicios de proveedores para las afecciones médicas mientras se encuentra en un centro para pacientes ambulatorios.
- Servicios quirúrgicos. Los cargos quirúrgicos incluyen la atención post-operatoria normal.
- Anestesia y suministros y servicios de anestesia para una cirugía cubierta.

- Asistentes quirúrgicos o cirujanos asistentes. Esto se determina según la política médica de CHP+. CHP+ no paga a los asistentes quirúrgicos por todos los procedimientos quirúrgicos.
- Consulta con otro proveedor. Esto es cuando lo pide su proveedor.
- Las consultas del personal requeridas por las reglas del centro no están cubiertas.

¿Qué servicios del centro para pacientes ambulatorios no están cubiertos?

Es su responsabilidad seguir el consejo médico de su proveedor. Si no lo hace, y luego se lesiona o enferma, es posible que deba someterse a una cirugía u otro procedimiento. Si esto sucede, no vamos a pagar por ello. Esto se debe a que usted no estaba siguiendo el consejo médico (no cumplimiento).

Por ejemplo, si no toma el medicamento recetado después de que le extirpen las amígdalas (amigdalectomía), podría contraer una infección. La eliminación de la infección no estaría cubierta. Tendrá que pagar por el procedimiento.

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de centros de salud para pacientes ambulatorios cubiertos:

- Procedimientos que son solo de naturaleza cosmética.
- Cualquier servicio o atención para el tratamiento de la disfunción sexual.
- Comodidad personal y artículos de conveniencia. Esto es televisores, teléfonos, comidas para huéspedes o artículos de higiene personal. Y otros servicios y suministros como ese.
- Servicios quirúrgicos para queratoplastia refractiva. Esto incluye queratotomía radial o Lasik. También incluye cualquier procedimiento para corregir un defecto de refracción visual.
- Otros procedimientos que se hacen habitualmente durante la cirugía principal.
- Análisis de densidad ósea periférica.

ATENCIÓN URGENTE/DESPUÉS DEL HORARIO DE ATENCIÓN, ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y VIAJES FUERA DEL PAÍS

Esta sección trata en los servicios cubiertos y la exclusión para cuidados paliativos. Esto es para atención urgente/después del horario de atención, emergencias y viajes fuera del país. Los beneficios se ofrecen para la atención médica o por accidente que recibe de un centro de atención de urgencia u otro centro. Esto podría significar el consultorio de un proveedor.

Atención de urgencia/después del horario de atención



Atención de urgencia es situaciones que no son potencialmente mortales, pero que requieren atención médica de inmediato. Esto es para que no tenga un problema de salud más grave.

La atención de urgencia no se considera una emergencia que ponga en peligro la vida o las extremidades. No requiere el uso de una sala de emergencias. Si elige un centro de atención de urgencia, cuando corresponda, en lugar de una sala de emergencias, su costo de desembolso directo puede ser menor.

¿Dónde puedo obtener atención de urgencia/fuera del horario de atención?

La atención de urgencia y fuera del horario de atención que recibe dentro del área de servicio de CHP+ está cubierta solo cuando la brinda un PCP de nuestra red. O un centro de atención de urgencia o proveedor de atención de urgencia.

Cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de CHP+, la atención de urgencia/fuera del horario de atención está cubierta. Si está enfermo, consulte a su PCP antes de salir de la ciudad. Si recibe atención fuera de su hogar, llame a su doctor dentro de las 48 horas de haber recibido la atención.

Para encontrar lugares donde puede recibir atención de urgencia, visite coaccess.com. Hay un enlace a nuestro directorio en la página principal de nuestro sitio web. O llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Atención de emergencia

La atención de emergencia es un problema de salud repentino e inesperado que necesita atención inmediata. Significa que si no obtiene atención médica pronto, podría sufrir una lesión grave en sus funciones corporales, órganos o pondría en grave peligro su salud.

Llame al 911 en caso de una emergencia. O vaya al hospital o centro médico más cercano.

¿Dónde puedo obtener atención de emergencia?

La atención de emergencia médicamente necesaria incluye la atención de emergencia por accidente y la atención médica de emergencia que recibe en un hospital u otro centro.

Cubrimos la atención de emergencia que se brinda en hospitales u otros centros dentro o fuera de la red.

Si no puede llegar a un hospital de nuestra red, vaya al centro médico más cercano. No necesita una autorización previa para la atención de emergencia dentro o fuera de la red.

A menos que esté demasiado lesionado o enfermo, debe llamar a su PCP dentro de las 48 horas de recibir atención de emergencia e informarles.

Puede encontrar un proveedor en línea en coaccess.com. Hay un enlace a nuestro directorio en la página principal de nuestro sitio web. O llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

¿Qué servicios de atención de emergencia están cubiertos?

- Atención necesaria para estabilizar una afección médica. Si una persona que tiene conocimientos básicos de los servicios de salud hubiera creído que una afección médica de emergencia era una amenaza para la vida o una extremidad, entonces existía una emergencia. Esto significa que creía que su vida estaba en peligro debido a la enfermedad o emergencia. O que una de sus extremidades estuvo en peligro (por ejemplo, usted pensó que se le rompió la pierna). No se requiere autorización previa para estos servicios.
- Los servicios posteriores a la estabilización también están cubiertos. Estos son servicios que el proveedor que lo atendió en una emergencia dice que usted necesita antes de que pueda ir a su casa o ir a otro lugar para recibir atención. Los servicios de atención posterior a la estabilización son servicios cubiertos:
 - Relacionados con una afección médica de emergencia.
 - Realizados después de que se estabiliza.
 - Realizados para mantener su afección estable. O en determinadas circunstancias (consulte a continuación), para mejorar o resolver su afección.

El monto del costo compartido para los servicios posteriores a la estabilización debe ser el mismo o menor para los proveedores fuera de la red que para los proveedores dentro de la red.

¿Qué servicios de atención de emergencia no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de atención de emergencia cubiertos:

No use un centro de emergencias para servicios que no sean de emergencia. No está cubierto.

La atención de seguimiento, que incluye, entre otros, la extracción de puntos o cambios de vendaje recibida en una sala de emergencias o centro de atención de urgencia no se considera atención de emergencia. Debe recibir atención de seguimiento de su proveedor de atención primaria (PCP).

¿Qué debo hacer si me internan en el hospital después de recibir atención de emergencia?

Si ingresa en el hospital, no se aplicará el copago de la sala de emergencias. Esto significa que no tendrá que pagarlo.

Dígale al hospital que se asegure de que CHP+ sepa que usted fue admitido. Deben hacer esto en el plazo de un día hábil a partir del momento en que usted sea admitido. Necesitan informarnos para que podamos autorizar su atención.

Autorizaremos una cierta cantidad de días. Esto se basa en la necesidad médica. Esto estará determinado por nuestra política y pautas médicas.

Si recibe tratamiento en un hospital que no pertenece a nuestra red en una situación de



urgencia o por una emergencia, informe al hospital que la factura detallada del hospital debe enviarse a Colorado Access. La información se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Colorado Access Claims
P.O. Box 240389
Apple Valley, MN 55124

Si el hospital fuera de la red acepta el pago de CHP+, el hospital recibe el reembolso directamente. Usted será responsable de cualquier monto de copago que pueda aplicarse.

Si el hospital no acepta el pago de CHP+, usted es responsable de pagarle directamente al hospital.

Después de pagarle al hospital, puede solicitarnos un reembolso. Haga esto enviando una prueba de que pagó por el servicio. Un ejemplo de prueba que pagó es un recibo del hospital que muestra el pago o los pagos que realizó.

Para pedir un reembolso, debe llenar un formulario. Este es el formulario de solicitud de reembolso para miembros. Puede encontrarlo en línea o al reverso de este folleto. Debe enviarlo por correo con su recibo a:

Member Reimbursements
Colorado Access
P.O. Box 17950
Denver, CO 80217-0580

Si necesita ayuda con esto, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito).

Revisaremos su solicitud. El reembolso no está garantizado. Depende de si el servicio está cubierto.

Si se aprueba el reembolso, se lo enviaremos. El reembolso que reciba será a la tarifa fuera de la red. Es posible que este no sea el monto total que pagó al hospital.

Una vez estabilizado, la atención y el tratamiento continuos no se consideran atención de urgencia. Se denegará la atención de un proveedor fuera de la red más allá de lo necesario para evaluar y/o estabilizar su afección.

Salvo que autoricemos la continuación de la atención para pacientes hospitalizados por parte del proveedor fuera de la red. Un gerente de cuidado puede ayudarlo a transferirse a un centro dentro de la red una vez que esté médicamente estable.

Viajes fuera del país

Los servicios de atención médica realizados fuera del país están cubiertos únicamente para atención de emergencia. Si tiene una emergencia fuera del país, diríjase al centro médico más cercano. Dígalos que la factura detallada del hospital debe enviarse a:



Colorado Access Claims
P.O. Box 240389
Apple Valley, MN 55124

Si el hospital acepta facturar a Colorado Access y acepta nuestro pago, se le reembolsarán en directo los servicios cubiertos. Usted será responsable del copago.

Si el hospital no acepta nuestro pago, usted debe pagarle al hospital.

Si tiene que pagar directamente al hospital, intente pagar con una tarjeta de crédito. La compañía de la tarjeta de crédito transferirá automáticamente la moneda extranjera a dólares estadounidenses.

Pedimos un comprobante de pago para reembolsarle directamente. Esto es cosas como un recibo y documentación del monto pagado en dólares estadounidenses. Para aprender más, consulte las instrucciones enumeradas antes en esta sección.

Cuando regrese a casa, comuníquese con nosotros. Es posible que necesitemos los registros médicos de los servicios que recibió. Usted es responsable de obtener estos registros médicos. Es posible que deba proporcionarnos una traducción al inglés de los registros médicos.

SERVICIOS DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios de transporte en ambulancia.

¿Qué servicios de transporte en ambulancia están cubiertos?

- Los servicios de transporte en ambulancia de emergencia o médicamente necesarios se ofrecen las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- Llamadas al 911 para pedir servicios de ambulancia.
- Cuando va en una ambulancia de un hospital a otro porque el primero está demasiado lleno para aceptar nuevos pacientes (en desvío).
- Cuando va en una ambulancia de un hospital a otro porque el primer hospital no está equipado para dar el nivel adecuado de atención que necesita.
- Cubrimos el transporte en ambulancia local en un vehículo diseñado, equipado y usado solo para transportarlo si está enfermo y lesionado.
- El vehículo debe ser operado por personal capacitado y autorizado como una ambulancia. Puede llevarle desde su casa. O de la escena de un accidente o emergencia médica. Debe llevarlo al hospital más cercano. El hospital debe contar con instalaciones de emergencia adecuadas. La ambulancia también puede llevarlo de un hospital a otro. Esto es solo para atención continua que sea médicamente necesaria para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Ambulancia aérea:

- La ambulancia aérea es solo un beneficio cubierto cuando el terreno, la distancia o su condición física hacen que sea importante recibir atención rápidamente. Nosotros decidiremos caso por caso si el transporte en ambulancia aérea es un beneficio cubierto. Si decidimos que se podría haber usado la ambulancia terrestre, el nivel de beneficios se limitará a aquellos para el transporte en ambulancia terrestre. Tendrá que pagar el resto de la factura.

¿Qué servicios de transporte en ambulancia y no ambulancia no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de transporte en ambulancia cubiertos:

- Transporte comercial por aire o por tierra. O servicios de aviación privada o taxi aéreo.
- Transporte en automóvil/automóvil privado, comercial o transporte público o ambulancia en silla de ruedas (ambu-cab).
- Transporte en ambulancia si podría haber sido transportado en automóvil o en transporte comercial o público sin poner en peligro su salud y/o seguridad.
- Si decide no obtener transporte a un centro de emergencias después de que se haya llamado a una ambulancia, entonces usted es responsable de cualquier cargo.
- Transporte en ambulancia desde un centro de emergencias hasta su hogar.
- Los servicios de transporte que no sean de emergencia no están cubiertos. Esto significa que si toma un taxi o autobús (transporte público) hacia y desde la cita con su médico o farmacia, tendrá que pagarlo.

TERAPIAS

La sección trata en los servicios cubiertos y las exclusiones para las terapias para pacientes ambulatorios. Fisioterapia (physical therapy, PT), terapia del habla y ocupacional (occupational therapy, OT).

¿Dónde puedo recibir terapia ambulatoria?

Debe recibir toda su atención de un terapeuta físico autorizado dentro de la red, un terapeuta ocupacional autorizado o un terapeuta del habla autorizado.

¿Qué terapias para pacientes ambulatorios están cubiertas?

- Las terapias físicas, ocupacionales y/o del habla están cubiertas.
- El beneficio estándar de CHP+ se limita a 30 visitas por diagnóstico, por año calendario. Como beneficio extra para los miembros de CHP+, cubrimos 10 visitas más. Esto es un total de 40 visitas por diagnóstico, por año calendario.
- Debe comenzar a recibir los servicios dentro de los seis meses posteriores a la fecha de la lesión o enfermedad.



- Para los niños de 0 a 3 años, el beneficio de la terapia física, ocupacional y del habla es ilimitado. Este beneficio ilimitado solo dura hasta el final del mes en que el niño cumple tres años.
- Después del tercer cumpleaños, la terapia ambulatoria (fisioterapia, terapia ocupacional y/o del habla) se limita a 40 visitas por diagnóstico, por año calendario.
- Para niños de 0 a 5 años con un defecto congénito o anomalía congénita, los siguientes servicios están cubiertos y serán pagados por CHP+. La duración y la cantidad de visitas dependerán de la necesidad médica:
 - Trastornos del aprendizaje.

Este beneficio dura hasta el final del mes en el que el niño cumple cinco años.

Para ser un servicio cubierto, la terapia ambulatoria debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Existe una afección documentada o un retraso en la recuperación que se puede esperar que mejore con la terapia dentro de los 60 días de la derivación inicial para la terapia.
- La terapia ambulatoria es médicamente necesaria; y
- Normalmente no se podía esperar que usted mejorara sin terapia ambulatoria.

Terapia física

La terapia física se administra para:

- Aliviar el dolor.
- Restaurar la función.
- Prevenir la discapacidad después de una enfermedad, lesión o pérdida de una parte del cuerpo. O por retraso en el desarrollo.
- Prevenir la discapacidad debido a un defecto congénito. O anomalía del nacimiento.

La terapia física puede incluir una amplia variedad de técnicas de evaluación y tratamiento. Los ejemplos incluyen terapia manual e hidroterapia y calor. También incluyen la aplicación de agentes físicos y principios y dispositivos biomecánicos y neurofisiológicos.

Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional es un tratamiento que trabaja para mejorar las habilidades motrices finas y gruesas. También funciona para mejorar la planificación motora. Las tareas y habilidades en las que los terapeutas ocupacionales podrían centrarse podrían ser sostener y controlar un lápiz, usar tijeras o arrojar y atrapar.

Terapia del habla

La terapia del habla es para la corrección del deterioro del habla que se produce por una

enfermedad o lesión. O retraso en el desarrollo o cirugía. Los terapeutas del habla también pueden ayudar con el manejo médico de los trastornos de la deglución.

Las visitas de terapia del habla médicamente necesarias relacionadas con la afección del paladar hendido o labio leporino son ilimitadas. Estas visitas de terapia del habla se aplican a las visitas máximas como se describió antes. Pero no se limitan a las visitas máximas.

¿Qué servicios de terapia para pacientes ambulatorios no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de terapia ambulatoria cubiertos:

- Fórmula para cualquier afección médica que no cumpla con los requisitos anteriores.
- Programas de rehabilitación cardíaca. A menos que sea posterior a un evento cardíaco importante.
- Terapia de mantenimiento. O atención que se le brinda después de haber alcanzado su potencial de rehabilitación. Esto se determina mediante CHP+.
- Programas en el hogar para el acondicionamiento y mantenimiento continuos.
- Terapias para trastornos del aprendizaje, tartamudeo, trastornos de la voz o trastornos del ritmo. Salvo que se indique específicamente antes en los servicios cubiertos. Diagnósticos no específicos relacionados con trastornos relacionados con el aprendizaje.
- Equipo de ejercicios terapéuticos. Esto es cosas como cintas caminadoras y/o pesas prescritas para uso en el hogar.
- Membresía en spas de salud o centros de acondicionamiento físico.
- Artículos de conveniencia. Estos son determinados por CHP+.
- La compra de piscinas, piscinas de hidromasajes, spas y dispositivos personales de hidroterapia.
- Terapias y programas de autoayuda no identificados específicamente antes.
- Terapias recreativas, sexuales, de gritos primarios, de sueño y terapias de Z.
- Biorretroalimentación.
- Terapia de renacimiento.
- Programas de autoayuda y pérdida de peso.
- Análisis transaccional, grupos de encuentros y Transcendental Meditation™.
- Capacitación en sensibilidad y asertividad.
- Rolfing, Pilates, mioterapia y proloterapia.
- Medicina holística y otros programas de bienestar.
- Programas educativos como modificación del comportamiento o clases de artritis. Salvo

que se indique específicamente lo contrario en este folleto de beneficios para miembros.

- Terapias ocupacionales para terapias de diversiones, recreativas o vocacionales. Por ejemplo, pasatiempos, arte y manualidades.
- Atención de acupuntura.

ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA Y TERAPIA DE INFUSIÓN EN EL HOGAR

Esta sección trata en los servicios cubiertos y las exclusiones para la atención médica en el hogar y la terapia de infusión en el hogar.

¿Quién puede brindar atención médica en el hogar y terapia de infusión en el hogar?

Se otorgan beneficios para servicios realizados por una agencia de salud en el hogar que se dedica a coordinar y dar servicios de enfermería, servicios de asistencia médica en el hogar y otros servicios terapéuticos y relacionados.

¿Qué servicios de atención médica a domicilio y terapia de infusión a domicilio están cubiertos?

- Los servicios de atención médica a domicilio están cubiertos solo cuando son necesarios. Esto es para que no tenga que ser hospitalizado para recibir atención.
- No se requiere hospitalización previa para los servicios de atención médica en el hogar.
- Para obtener servicios de atención médica en el hogar, debe tener una orden por escrito de su proveedor. Trabajarán con la agencia de asistencia médica en el hogar para hacer un plan de cuidado. Un enfermero registrado de la agencia de asistencia médica en el hogar coordinará los servicios en el plan de cuidado.
- Todos los servicios de atención médica en el hogar y de terapia de infusión en el hogar requieren una autorización previa de CHP+. CHP+ tiene derecho a revisar los planes de tratamiento en cualquier momento. Esto es mientras recibe atención médica en el hogar o servicios de terapia de infusión en el hogar.
- Los servicios de atención médica en el hogar cubiertos incluyen los siguientes:
 - Servicios de enfermería profesional prestados por un enfermero registrado (RN) o un enfermero practicante con licencia (LPN) en un cronograma de visitas definido.
 - Servicios de asistencia de enfermería certificada. Eso sí, bajo la supervisión de una enfermera registrada o de un terapeuta cualificado con servicios profesionales de enfermería.
 - Fisioterapia realizada por un terapeuta físico con licencia.
 - Terapia ocupacional. Esto lo hace un terapeuta ocupacional con licencia o un asistente de terapia ocupacional certificado.



- Servicios de terapia respiratoria y de inhalación.
- Terapia del habla y la audición y servicios de audiológica.
- Servicios médicos o sociales.
- Suministros médicos, incluidos los suministros respiratorios. Y equipo médico duradero para alquilar o comprar. Esto es cosas como oxígeno, aparatos, prótesis y aparatos ortopédicos.
- Fórmulas para trastornos metabólicos, nutrición parental total, nutrición enteral y productos de nutrición. Y las fórmulas para las sondas gastronómicas están cubiertas para necesidades médicas documentadas. Esto incluye lograr un crecimiento y desarrollo normales.
- Medicamentos intravenosos (IV) y otros medicamentos recetados que generalmente no están disponibles a través de una farmacia de venta al público.
- Asesoramiento nutricional. Esto lo hace un nutricionista o dietista.
- Terapia de infusión en el hogar. Esto también se llama terapia IV en el hogar o terapia de inyección en el hogar. Los beneficios de la terapia de infusiones en el hogar incluyen una combinación de servicios en el hogar. Esto incluye enfermería, equipo médico duradero y servicios farmacéuticos.
- Los servicios cubiertos, incluyen, entre otros:
 - Terapia con antibióticos, terapia de hidratación y quimioterapia
 - Inyecciones intramusculares, subcutáneas y subcutáneas continuas

Consulte la sección Terapia de alimentos y nutrición para aprender más.

¿Qué servicios de atención médica a domicilio y terapia de infusión a domicilio no están cubiertos (exclusiones)?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios cubiertos de atención médica a domicilio ni de terapia de infusión a domicilio:

- Atención de custodia.
- Atención que brinda una enfermera que generalmente vive en su hogar. O es un familiar directo.
- Servicios o suministros para comodidad o conveniencia personal. Esto incluye servicios domésticos.
- Servicios de alimentos, comidas, fórmulas y suplementos. Esto es diferente a lo mencionado antes o asesoramiento sobre dieta. Esto es aun si el alimento, la comida, la fórmula o el suplemento es la única fuente de nutrición.
- Asesoramiento pastoral, religioso o espiritual.

ATENCIÓN EN UN CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y la exclusión para cuidados paliativos.

¿Quién puede dar servicios cubiertos?

Los cuidados paliativos pueden brindarse en su hogar o en un centro para pacientes hospitalizados. Los servicios paliativos deben hacer a través de un programa de cuidados paliativos que esté en nuestra red.

¿Qué servicios paliativos están cubiertos?

- Debemos autorizar previamente los servicios paliativos para pacientes hospitalizados o en el hogar para un miembro con una enfermedad terminal antes de recibir atención.
- Para ser elegible para los beneficios de cuidados paliativos en el hogar o para pacientes hospitalizados, debe tener una expectativa de vida de seis meses o menos. Esto debe estar certificado por el proveedor tratante.
- Los cuidados paliativos incluyen servicios médicos, físicos, sociales, psicológicos y espirituales que enfatizan la atención paliativa para los pacientes.
- Primero aprobaremos los cuidados paliativos durante tres meses.
- Los beneficios pueden continuar hasta por dos períodos más de tres meses. Esto es por un total de nueve meses. Estos no tienen que ser períodos consecutivos de tres meses.
- Después de los tres períodos de beneficios, trabajaremos con el proveedor y el proveedor del hospicio para decidir si el cuidado de hospicio es la mejor atención para usted.
- Tenemos derecho a revisar los planes de tratamiento mientras recibe cuidados paliativos.
- La cobertura de cuidados paliativos está disponible para estos servicios en el hogar de un miembro:
 - Visitas al proveedor de cuidados paliativos.
 - Servicios de enfermería especializada de una enfermera registrada (RN). O una enfermera practicante con licencia (LPN).
 - Suministros médicos y equipos suministrados por el proveedor de cuidados paliativos que se usan durante una visita cubierta. Si el proveedor de los cuidados paliativos no suministra el equipo, hay más información en este folleto. Consulte la sección [Suministros y equipos médicos](#).
 - Servicios de un terapeuta con licencia o certificado para terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla.
 - Servicios sociales médicos prestados por una persona calificada con un título en

trabajo social, psicología o asesoramiento, o el equivalente documentado en una combinación de educación, capacitación y experiencia. Dichos servicios deben prestarse para ayudarlo a sobrellevar una afección médica específica. Esto debe ser recomendado por un proveedor.

- Servicios de un asistente de salud en el hogar bajo la supervisión de una enfermera registrada.
- Evaluación nutricional, asesoramiento y apoyo. Estas son cosas como la alimentación intravenosa, la hiperalimentación y la alimentación enteral.
- También hay beneficios para el alojamiento y los servicios paliativos para pacientes hospitalizados.
- Atención de relevo: Esta es la atención total que se brinda a los pacientes con enfermedades terminales durante un período breve. Es para que la familia del paciente pueda tener un breve descanso.
 - El paciente puede recibir atención de relevo. Esto es por un período que no supere los cinco días continuos por cada 60 días de cuidados paliativos.
 - El paciente no puede recibir atención de relevo durante más de dos estadías de atención de relevo durante un período de beneficios de cuidados paliativos. Un beneficio de cuidados paliativos equivale a tres meses.
 - La atención de relevo de salud mental es un beneficio cubierto.
 - Todas las solicitudes de atención de relevo deben provenir de un proveedor de salud mental que forme parte de nuestra red.
 - Toda la atención de relevo de salud mental requiere autorización previa y revisión de registros médicos.
 - La atención de relevo se basa en la necesidad médica. Es revisado por un director médico de salud conductual de CHP+.

¿Qué servicios paliativos no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios paliativos cubiertos:

- Servicios de alimentos y comidas. Esto es distinto de la evaluación de nutrición, el asesoramiento y el apoyo mencionados antes.
- Servicios o suministros para comodidad o conveniencia personal. Esto incluye servicios domésticos y de limpieza.
- Enfermería de atención privada.
- Asesoramiento pastoral o religioso y espiritual fuera del entorno de hospicio.
- Asesoramiento sobre duelo para familiares fuera del entorno de cuidados paliativos.

SERVICIOS DE TRASPLANTE DE TEJIDOS Y ÓRGANOS HUMANOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos.

¿Quién puede prestar servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos?

Los servicios de trasplante cubiertos deben hacer en centros de trasplante designados.

¿Qué servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos están cubiertos?

La cobertura está disponible para servicios de trasplante que son médicamente necesarios y no son procedimientos experimentales. Los beneficios se dan para servicios directamente relacionados con estos trasplantes:

- Corazón
- Pulmón (uno o ambos). Esto es solo para la enfermedad pulmonar terminal.
- Corazón-pulmón
- Riñón
- Riñón-páncreas
- Hígado
- Médula ósea para un miembro con enfermedad de Hodgkin, anemia aplásica, leucemia, enfermedad de inmunodeficiencia combinada grave, neuroblastoma, linfoma, cáncer de mama de alto riesgo en estadio II o III o síndrome de Wiskott-Aldrich
- Células madre de sangre periférica para los mismos procedimientos enumerados antes en médula ósea
- Córnea

Los servicios están cubiertos según los criterios establecidos por la comunidad médica y por CHP+. Necesita una derivación de su PCP y una autorización previa de CHP+ antes de los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos. También debe seguir todas las disposiciones de este programa de beneficios.

Estas pautas deben cumplirse para obtener servicios de trasplante de órganos o tejidos humanos cubiertos:

- Todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos deben realizarse en un hospital designado y aprobado por CHP+ para cada servicio cubierto específico proporcionado en virtud de esta sección.
- CHP+ y el hospital aprobado debemos determinar si un miembro es un candidato para cualquiera de los servicios cubiertos especificados en esta sección.
- Todos los trasplantes de órganos y tejidos humanos deben ser preautorizados en

función de los criterios clínicos y las pautas establecidas, adoptadas o aprobadas por CHP+ o la persona designada. La aprobación de dichos servicios cubiertos quedará a criterio exclusivo de CHP+.

- Se requiere autorización previa para las admisiones hospitalarias que no sean de emergencia. Si los servicios deben realizarse en función de una emergencia médica, debemos ser notificados en el plazo de un día hábil después de la admisión.

Servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos y de otro tipo

Los siguientes servicios hospitalarios, quirúrgicos, médicos y de otro tipo son servicios cubiertos si están autorizados previamente por CHP+. Consulte la sección Gestión de la atención para aprender sobre los requisitos.

Servicios cubiertos por el hospital

- Habitación y comida para una habitación semiprivada. Si se usa una habitación privada, este beneficio solo proporcionará beneficios para los servicios cubiertos hasta el costo de la tarifa de la habitación semiprivada. Salvo que CHP+ decida que una habitación privada es médicamente necesaria.
- Servicios y suministros proporcionados por el hospital.
- Medicamento recetado usado en el hospital.
- Sangre entera, administración de sangre y procesamiento de sangre.
- Apósitos y suministros médicos y quirúrgicos.
- Atención brindada en una unidad de atención especial. Esto incluye todos los centros, equipos y servicios de apoyo necesarios para brindar un nivel intensivo de atención a pacientes en estado crítico.
- Uso de las salas de operación y tratamiento.
- Servicios de Diagnóstico. Esto incluye una derivación para evaluación.
- Servicios de rehabilitación y fisioterapia de restauración.

Servicios médicos cubiertos

- Servicios profesionales para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios.
- Atención médica intensiva que se presta cuando una afección requiere la asistencia y el tratamiento constantes de un proveedor durante un periodo prolongado.
- Atención médica por parte de un proveedor que no sea el cirujano que opera la cirugía y que se brinda al mismo tiempo durante la estadía en el hospital para el tratamiento de una afección médica aparte de la afección para la cual se realizó la cirugía.
- La atención médica prestada por dos o más proveedores al mismo tiempo durante la

estancia en el hospital cuando la naturaleza o la gravedad de su estado requiera las competencias de distintos proveedores.

- Servicios de consulta proporcionados por otro proveedor a solicitud del proveedor tratante. Esto no incluye las consultas del personal requeridas por las normas y reglamentaciones del hospital.
- Visitas a domicilio, al consultorio y otras visitas de atención médica ambulatoria para exámenes y tratamiento.

Servicios quirúrgicos cubiertos

- Servicios quirúrgicos relacionados con trasplantes de órganos y tejidos humanos cubiertos. No se realizará un pago por separado por los servicios preoperatorios y posoperatorios. Tampoco se harán para más de un procedimiento quirúrgico realizado al mismo tiempo.
- Servicios de un asistente quirúrgico en la realización de dicha cirugía cubierta según lo permita CHP+.
- Administración de anestesia notada por el proveedor.

Otros servicios cubiertos

- Medicamentos inmunosupresores médicamente necesarios recetados para uso ambulatorio en relación con un trasplante de órganos y tejidos humanos cubierto. Y que se dispensan únicamente con receta escrita y están aprobados para uso general por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- Transporte de órganos o tejidos del donante.
- Evaluación y extracción quirúrgica del donante de órganos o tejido y suministros relacionados.
- Costos de transporte de ida y vuelta al hospital para el receptor y para un adulto. Si debe reubicarse temporalmente fuera de su ciudad de residencia para recibir un trasplante de órgano cubierto, la cobertura está disponible para viajar a la ciudad donde se realizará el trasplante. La cobertura también está disponible por el costo de alojamiento razonable para usted y un adulto. Los gastos de viaje y alojamiento para usted y el adulto acompañante se limitan a un beneficio de por vida de \$10,000 por trasplante. Esto se establece bajo esta disposición de "Trasplante de órganos humanos". El costo del alojamiento se limita a \$100 por día. Los gastos de viaje incurridos por un donante no se aplican a sus gastos de viaje y alojamiento de por vida. Pero se aplican al beneficio máximo de por vida para estos trasplantes. La cobertura no está disponible para los costos de viaje asociados con una evaluación previa al trasplante. Esto pasa si el viaje ocurre más de cinco días antes del trasplante real.

Como se usa en esta sección, donante se refiere a una persona que proporciona un órgano o

tejido de órgano humano para trasplante. Si un donante provee un órgano o tejido humano a un receptor de un trasplante, se aplica lo siguiente:

- Cuando el receptor y el donante son miembros del CHP+, cada uno tiene derecho a los servicios cubiertos que se especifican en esta sección.
- Cuando sólo el receptor es un miembro, el donante y el receptor tienen derecho a los servicios cubiertos que se especifican en esta sección.
- Los beneficios del donante están limitados a aquellos no dados o disponibles para los donantes de cualquier otra fuente.
- Esto incluye, pero no se limita a, otra cobertura de seguro, subvenciones, fundaciones, y programas del gobierno.
- Si el donante es miembro de CHP+ y el receptor no lo es, no se concederán los beneficios ni los gastos para el donante o el receptor.
- Los gastos del donante se pagan solo después de que se hayan procesado las reclamaciones iniciales de un miembro por el trasplante. No hay cobertura disponible para el donante después de haber sido dado de alta del centro de trasplantes.
- No se proporcionarán beneficios para la obtención de un órgano o tejido de órgano de un donante que no se use en un procedimiento de trasplante cubierto. Salvo que el trasplante se cancele debido a la afección médica del miembro o a la muerte, y el órgano no pueda trasplantarse a otra persona.
- No se proporcionarán beneficios para la obtención de un órgano o tejido de órgano de un donante que se haya vendido en lugar de donado.

Beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos humanos

- Cobertura para todos los trasplantes de órganos cubiertos y todos los servicios relacionados con el trasplante. Esto incluye gastos de viaje, alojamiento y donación u obtención de órganos, y se limita a un beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos principales de \$1,000,000 por miembro.
- Los montos aplicados al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos incluyen todos los cargos cubiertos por servicios relacionados con el trasplante. Estas son cosas como hospitalizaciones y servicios médicos relacionados con el trasplante y cualquier hospitalización posterior y servicios médicos relacionados con el trasplante. La cobertura de gastos de viaje, alojamiento y donación también se aplica al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos.
- Un servicio o suministro se considera relacionado con el trasplante si se relaciona directamente con un trasplante cubierto en virtud de este folleto de beneficios para miembros de CHP+. Y si se recibe durante el período de beneficio de trasplante. Esto es hasta cinco días antes o dentro del año posterior al trasplante.

- Excepciones: Una evaluación previa al trasplante puede recibirse más de cinco días antes de un trasplante y puede considerarse relacionada con el trasplante. Esta excepción no se extiende a los viajes requeridos para obtener una evaluación de trasplante. Los servicios cubiertos recibidos durante la evaluación estarán sujetos al beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos. También están sujetos a la limitación de este beneficio de trasplante de órganos humanos.
- Si recibe un trasplante cubierto (por ejemplo, trasplante de corazón) y luego requiere otro trasplante del mismo tipo (por ejemplo, otro trasplante de corazón), los cargos cubiertos por el nuevo trasplante se aplican al beneficio máximo de por vida restante (si lo hubiera) disponible por miembro.
- Los pagos en virtud del beneficio de trasplante de órganos no se aplican a otros máximos de beneficios especificados.
- Los gastos por servicios cubiertos relacionados con el trasplante que superen el beneficio máximo de por vida para trasplantes de órganos no son pagaderos en virtud de esta disposición ni de ninguna otra parte del folleto de beneficios para miembros de CHP+.

¿Qué servicios de trasplante de tejidos y órganos humanos no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cubiertos:

- Servicios realizados en cualquier hospital que CHP+ no haya designado y aprobado para prestar servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos para el órgano o tejido que se trasplanta.
- Servicios prestados si usted no es un candidato para trasplante adecuado según lo determinado por el hospital CHP+ ha elegido y aprobado proporcionar dichos servicios.
- Servicios para búsquedas de donantes o compatibilidad de donantes. O gastos de vida personales relacionados con búsquedas de donantes o compatibilidad de tejidos de donantes. Esto es para el receptor o donante, o sus respectivos familiares o amigos.
- Cualquier trasplante, tratamiento, procedimiento, centro, equipo, fármaco, dispositivo, servicio o suministro experimental o en investigación, incluido cualquier servicio o suministro asociado o de seguimiento.
- Trasplantes de órganos distintos de los enumerados antes en esta sección. Esto incluye los órganos no humanos. Servicios y suministros relacionados con el corazón artificial y/o mecánico o dispositivos de asistencia ventricular y/o auricular relacionados con una afección cardíaca que de alguna manera se relacionen con el corazón artificial y/o mecánico o los dispositivos de asistencia ventricular/auricular o la falla de esos dispositivos, siempre y cuando cualquiera de los dispositivos especificados permanezcan en su lugar. Esta exclusión no se aplica a los dispositivos de asistencia ventricular izquierda cuando se usan como puente para un trasplante de corazón.

SUMINISTROS Y EQUIPOS MÉDICOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para suministros médicos, equipo médico duradero (DME), oxígeno y sus equipos, y dispositivos ortopédicos y protésicos.

¿Dónde puedo obtener suministros y equipos médicos?

Los suministros, equipos y aparatos descritos en esta sección son beneficios cubiertos solo si los provee un proveedor de nuestra red.

¿Qué suministros y equipos están cubiertos y se aplican al límite de \$2,000?

Los beneficios descritos en esta sección están permitidos hasta el pago máximo del beneficio de \$2,000 por año calendario. Recuerde:

- Unos suministros están sujetos a requisitos de autorización previa. Consulte la sección Gestión de la atención para aprender más.
- Los suministros cubiertos requieren una receta de un proveedor con licencia.
- Los suministros y equipos cubiertos deben cumplir con los criterios de la política médica de CHP+.
- Para aprender más sobre los suministros de una farmacia, consulte la sección Farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.
- El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como:
 - Muletas.
 - Sillas de ruedas y suministros.
 - Equipo de respiración, como nebulizadores.
 - Camas de hospital.
 - Extractores de leche.
 - Todas las bombas y suministros relacionados (que no sean bombas de insulina).
- Se puede alquilar equipo médico duradero. También se pueden comprar. Esta decisión depende de CHP+. El alquiler o la compra aprobada de equipos médicos duraderos, incluidas las reparaciones, cuando sean recetados por un proveedor y requeridos para uso terapéutico. Por ejemplo, sillas de ruedas y andadores.
- Los costos de alquiler no deben ser mayores que el precio de compra. Se aplicará al precio de compra.
- La reparación, el mantenimiento y el ajuste de equipos médicos debido al uso normal están cubiertos. Esto es solo si CHP+ compró el equipo. O si hubiera sido aprobado. Revisaremos otras situaciones caso por caso.
- Durante la reparación o el mantenimiento del equipo médico duradero,

proporcionaremos cobertura para el alquiler de un reemplazo.

- El equipo médico duradero usado durante una admisión para pacientes hospitalizados está cubierto. Esto es como parte de la admisión hospitalaria para pacientes hospitalizados.

Prótesis y aparatos o dispositivos ortopédicos: La compra, el ajuste, la reparación y el reemplazo, y la necesidad de ajustes de prótesis para brazos y piernas están excluidos del límite de beneficio de equipo médico duradero del monto en dólares anual. Todos los demás dispositivos protésicos, a menos que se indiquen específicamente en el folleto de beneficios para miembros de CHP+, están sujetos al límite anual de cantidad en dólares para equipos médicos duraderos. Un ejemplo de esto es un soporte para el cuello.

Aparatos ortopédicos: Los beneficios para otros aparatos incluyen:

- Ya sea un par de lentes recetados convencionales o un par de lentes de contacto (lo que sea apropiado para la condición médica) cuando sea necesario para sustituir la ausencia de lentes humanos al momento del nacimiento o perdidos a través de una cirugía intraocular, lesión ocular o para el tratamiento de queratocono o afaquia.
- Prótesis mamarias y sostén quirúrgico después de una mastectomía.

Límite de pago: Servicios cubiertos que no se aplican al límite de \$2,000:

Si su proveedor de atención primaria (PCP) ha pedido los siguientes artículos médicamente necesarios, estos artículos no estarán sujetos al beneficio máximo de \$2,000:

- Suministros médicos, quirúrgicos y de oxígeno, y zapatos ortésicos. Esto es solo si tiene el diagnóstico de diabetes.
- Suministros médicos:
 - Suministros médicos usados durante las visitas ambulatorias cubiertas. Esto incluye yesos, vendajes y férulas en lugar de yesos.
- Los artículos desechables recibidos de un proveedor de nuestra red y requeridos para el tratamiento de una enfermedad o lesión como paciente hospitalizado o ambulatorio están cubiertos. Los beneficios se dan para los siguientes ejemplos, entre otros:
 - Jeringas.
 - Tiras reactivas para diabéticos.
 - Bombas de insulina y suministros.
 - Agujas.
 - Férulas.
 - Otros artículos similares que tratan una afección médica.
- Equipo médico duradero usado durante una admisión cubierta o una visita ambulatoria

cubierta que es propiedad del centro.

- Prótesis o dispositivos implantados quirúrgicamente autorizados por CHP+ antes de que reciba el dispositivo. Esto incluye implantes cocleares.
- Zapatos ortopédicos para miembros. Esto es solo si tiene un diagnóstico de diabetes.
- Oxígeno y suministros de oxígeno:
 - Se ofrecen beneficios para el oxígeno. Y el alquiler del equipo necesario para administrar oxígeno. Una unidad fija y una portátil por miembro.
 - Puede requerirse autorización previa de CHP+.
- Dispositivos o aparatos protésicos y ortopédicos:
 - La compra, el ajuste, la reparación y el reemplazo, y la necesidad de ajustes de prótesis para brazos y piernas están excluidos del límite de beneficio de equipo médico duradero del monto en dólares anual. Todos los demás dispositivos protésicos están sujetos al límite anual de cantidad en dólares para equipos médicos duraderos. Salvo que se indique específicamente en el folleto de beneficios para miembros de CHP+. Un ejemplo de esto es un soporte para el cuello.
 - Un dispositivo protésico reemplaza la totalidad o parte de una parte del cuerpo o extremidad faltante (brazos y piernas) para aumentar su capacidad de funcionamiento.

¿Qué servicios no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son suministros médicos cubiertos y servicios de equipos:

- Suministros, equipos y electrodomésticos de comodidad, lujo o conveniencia. Por ejemplo, vagones laterales para sillas de ruedas o una unidad de criofuga. Los equipos o aparatos que incluyen más características que las necesarias para la afección médica se consideran artículos de lujo, deluxe y de conveniencia (por ejemplo, equipos motorizados, como sillas de ruedas eléctricas o scooters eléctricos, cuando se pueden usar equipos operados manualmente).
- Los beneficios estándar de CHP+ no cubren artículos disponibles sin una receta. Esto es cosas como elementos de venta libre. También es artículos que generalmente se encuentran en el hogar para uso general. Esto incluye, entre otros, vendajes, gasas, cinta adhesiva, hisopos de algodón, vendajes, termómetros, almohadillas térmicas y vaselina.
- Aire acondicionados, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, iluminación especial u otros modificadores ambientales, soportes quirúrgicos y corsés u otros artículos de ropa, piscinas de hidromasaje, jacuzzis, saunas, colchones de flotación y equipos de biorretroalimentación.

- Dispositivos de autoayuda que no son de naturaleza médica. Esto es aparte del alivio o la seguridad que puedan proporcionar para una afección médica. Esto incluye, entre otros, accesorios de baño (incluidos elevadores para bañeras), brazos de teléfono, modificaciones en el hogar para adaptarse a sillas de ruedas, artículos de conveniencia para sillas de ruedas, elevadores para sillas de ruedas y modificaciones en vehículos.
- Prótesis dentales, prótesis capilares/craneales, prótesis penianas u otras prótesis con fines cosméticos.
- Plantillas ortésicas para zapatos. Excepto para miembros con diabetes.
- Equipo de ejercicios y terapia en el hogar.
- Camas de consumo, camas ajustables o camas de agua.
- Reparaciones o reemplazos necesarios debido al mal uso o abuso de cualquier equipo o suministro médico cubierto que se identifique en esta sección.
- Zapatos ortopédicos que no estén adheridos a un dispositivo ortopédico. Excepto para miembros con diabetes.

SERVICIOS DENTALES

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios dentales. La cobertura dental de rutina no está disponible para los miembros que están inscritos en el programa de Elegibilidad presuntiva.

Cobertura dental de rutina: DentaQuest

Llame a DentaQuest si tiene preguntas en los servicios dentales cubiertos para CHP+. Llámelos al 888-307-6561 (TTY 711).

¿Qué servicios dentales cubre CHP+?

Cubrimos servicios relacionados con accidentes, servicios para pacientes hospitalizados para servicios dentales y afecciones de paladar hendido y labio leporino. Este folleto provee cobertura para afecciones de salud. No debe considerarse como la cobertura dental del miembro. Todos los servicios y suministros dentales están sujetos a las pautas de autorización previa. Consulte la sección Gestionar la atención para aprender más.

- Servicios dentales relacionados con accidentes:
 - Se provee cobertura para reparaciones dentales relacionadas con accidentes en dientes naturales sanos o tejido corporal relacionado dentro de las 72 horas posteriores a un accidente.
 - Los servicios dentales para estabilizar los dientes después de un accidente o lesión están cubiertos si se reciben dentro de las 72 horas del accidente.
 - La cobertura de servicios dentales relacionados con accidentes no incluye la

restauración dental.

- Si los servicios dentales se reciben 72 horas después del accidente, los servicios no están cubiertos. Esto incluye atención de seguimiento.

¿Qué servicios dentales puede hacer mi PCP?

Servicios de barniz de flúor

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios de barniz de flúor cuando son proporcionados por un consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP). El barniz de flúor también puede ser administrado por un dentista de la red. Consulte la sección [Servicios dentales](#) de este folleto.

¿Dónde puedo obtener servicios cubiertos de barniz con flúor?

Puede obtener servicios de barniz de flúor de un PCP de nuestra red.

Beneficios del barniz de fluoruro: cubiertos por su PCP

- Los servicios prestados por un PCP de nuestra red no requieren autorización previa.
- Hasta dos tratamientos con barniz de flúor en un año calendario.
- Para niños de 0 a 4 años.
- El barniz de flúor debe recibirse en el consultorio de un PCP de nuestra red.
- El PCP también debe hacer una evaluación de riesgos en el momento del tratamiento con barniz de flúor.
- El PCP debe haber recibido la capacitación adecuada para el tratamiento con barniz de flúor.

Beneficios del barniz de flúor: sin cobertura (exclusiones)

- Niños de 5 años o más.
- Servicios obtenidos de un PCP que no forma parte de nuestra red.
- Servicios obtenidos de un proveedor que no es un PCP.
- Tratamiento con barniz de flúor que no incluye una evaluación de riesgos realizada por el PCP.

Anestesia dental: CHP+ cubre los siguientes servicios de anestesia dental:

Anestesia general cuando se administra en un hospital, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro. Los cargos del hospital o centro asociado para la atención dental. Para que los servicios de anestesia dental estén cubiertos, usted debe:

- Tener una afección física, mental o médicamente comprometedor;
- Tener necesidades dentales para los cuales la anestesia local no es efectiva debido a

infecciones agudas, variación anatómica o alergias;

- Ser considerado extremadamente poco cooperativo, inmanejable, poco comunicativo o ansioso por su proveedor y sus necesidades dentales deben ser consideradas lo suficientemente importantes como para que el cuidado dental no pueda ser aplazado; o
- Tener un traumatismo bucal, facial y dental extenso y sostenido.

Admisión como paciente para atención dental

Cuando sea médicamente necesario, CHP+ cubre los servicios en instalaciones para pacientes hospitalizados relacionados con la atención dental. Esto incluye habitación y comida.

DentaQuest cubre los servicios dentales elegibles.

Labio leporino y paladar hendido

CHP+ cubre los siguientes servicios en relación con el labio leporino y/o el paladar hendido cuando son administrados por un proveedor o bajo la dirección de este, y se incluyen en la medida en que sean médicamente necesarios.

La cobertura se provee solo si usted no tiene una póliza o plan de seguro dental efectivo en el momento en que se reciben los siguientes servicios:

- Cirugía bucal y facial, manejo quirúrgico y atención de seguimiento por parte de cirujanos plásticos o cirujanos bucales.
- Tratamientos protésicos como obturadores, aparatos para el habla y aparatos de alimentación.
- Tratamiento de ortodoncia médicamente necesario.
- Tratamiento de prostodoncia médicamente necesario.
- Terapia de habilitación del habla.
- Tratamiento de otorrinolaringología.
- Evaluaciones audiológicas y tratamiento.

Las visitas de terapia del habla médicamente necesarias relacionadas con la afección del paladar hendido o labio leporino son ilimitadas. Estas visitas de terapia del habla se aplican al máximo de 30 visitas de terapia. Pero no se limitan a las visitas máximas.

¿Qué servicios dentales no están cubiertos (exclusiones)?

Los siguientes servicios dentales no están cubiertos (exclusiones):

- Restauración de la boca, los dientes o la mandíbula debido a lesiones por morder o masticar.
- Restauraciones, suministros o electrodomésticos, incluidos, entre otros, restauraciones

cosméticas, reemplazo cosmético de restauraciones y materiales útiles (como metales preciosos) que no son médicamente necesarios para estabilizar los dientes dañados.

- Servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios debido a la edad del miembro, la afección médica del miembro y/o la naturaleza de los servicios dentales, según lo descrito antes.
- Aumento o reducción de la mandíbula superior o inferior (cirugía ortognática) aun si la afección se debe a una característica genética, congénita o adquirida.
- Dispositivos implantados artificiales e injertos óseos para el desgaste de la dentadura postiza.
- La terapia o cirugía de la articulación temporomandibular (TMJ) no está cubierta a menos que tenga una base médica.
- Administración de anestesia para servicios dentales, cargos de sala de cirugía y recuperación, y servicios de cirujano. Excepto según lo permitido antes.

TERAPIA DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para la terapia de alimentos y nutrición.

¿Quién puede suministrar servicios de alimentos y nutrición?

Un terapeuta autorizado dentro de la red o una agencia de asistencia médica a domicilio debe dar el servicio de nutrición. Los alimentos médicos cubiertos requieren una receta de su proveedor. Debe obtenerlos a través de una farmacia de nuestra red. Tendrá que pagar el copago de la farmacia.

¿Qué servicios de alimentación y nutrición están cubiertos?

Cubrimos la terapia enteral (alimentación por sonda) y la nutrición parenteral total (Total Parenteral Nutrition, TPN). Esto incluye una combinación de enfermería, equipo médico duradero y servicios farmacéuticos.

El equipo médico duradero y los suministros relacionados con los servicios de alimentación y nutrición están sujetos a un límite de pago. Consulte la sección [Suministros y equipos médicos](#).

Todos los servicios deben estar preautorizados. Consulte la sección Gestionar la atención para aprender más sobre estas directrices.

- Terapia enteral y nutrición parenteral total (TPN):
 - La terapia enteral es la administración de nutrientes a través de un tubo en el tracto gastrointestinal.
 - Las visitas de enfermería médicamente necesarias y sin custodia para nutrición enteral están cubiertas por los beneficios de atención médica en el hogar. Estos servicios generalmente son proporcionados por una agencia de asistencia

médica a domicilio. Consulte las secciones Atención médica domiciliaria y terapia de infusión domiciliaria y Atención en un centro de cuidados paliativos para aprender más.

- La TPN es la administración de nutrientes a través de una vía intravenosa directamente en el torrente sanguíneo:
 - La TPN médicamente necesaria recibida en el domicilio es un beneficio cubierto. Esto es durante los primeros 21 días después del alta hospitalaria.
 - Si es médicamente necesario, se pueden permitir más días hasta un máximo de 42 días por año calendario según se determine que es médicamente necesario y cuando CHP+ lo autorice previamente.
- Alimentos médicos:
 - CHP+ cubre alimentos médicos para uso en el hogar para trastornos metabólicos.
 - Los alimentos médicos cubiertos deben ser recetados por su proveedor.
 - CHP+ cubre alimentos médicos que son adecuados para trastornos enzimáticos hereditarios involucrados en el metabolismo de aminoácidos, ácidos orgánicos y ácidos grasos. Esto incluye fenilcetonuria, fenilcetonuria materna, enfermedad del jarabe de arce, tirosinemia, homocistinuria, histidinemia, trastornos en el ciclo de la urea, hiperlisinemia, acidemia glutárica, acidemia metilmalónica y acidemia propiónica.
 - Este beneficio no incluye la terapia de nutrición oral ni los alimentos medicinales para Miembros con fibrosis quística, o intolerancia a la lactosa o a la soya.
- Otra nutrición médica. Los siguientes también son servicios cubiertos:
 - Miembros con diagnóstico de diabetes: asesoramiento de nutrición para pacientes hospitalizados, capacitación en nutrición y autocontrol para pacientes ambulatorios, y visitas de seguimiento para miembros diagnosticados con diabetes.
 - Miembros en cuidados paliativos: evaluación de la nutrición, asesoramiento y apoyo, como alimentación intravenosa, hiperalimentación y alimentación enteral.
 - Las fórmulas para trastornos metabólicos, nutrición parenteral total, nutrición enteral y productos de nutrición, y la fórmula para sondas de gastrostomía están cubiertas para necesidades médicas documentadas. Esto incluye lograr un crecimiento y desarrollo normales. La fórmula enteral está cubierta por el beneficio de atención médica en el hogar. El pago de la fórmula debe ser autorizado previamente. Solo se considerará si hay un trastorno gastrointestinal (incluida la cavidad oral) o síndrome de mala absorción. O una afección que

afecta el patrón de crecimiento o la absorción normal de la nutrición. Se incluye el costo de las bombas, tubos y otros suministros para la administración de fórmulas administradas por tubo o vena.

- Evaluación de nutrición y terapia para bebés y niños que requieren fórmulas especiales, alimentación por sonda enteral o por vía parenteral, o con necesidad médica documentada. Esto incluye lograr un crecimiento y desarrollo normales, incluyendo fallas en el crecimiento.
- Aparatos de alimentación y evaluación de la alimentación que son médicamente necesarios en condiciones en las que la afección oral/esofágica hace que la ingesta normal de alimentos sea inadecuada.
- Obesidad/sobrepeso: evaluación de la nutrición y terapia usando estándares de control de peso pediátricos. La obesidad se define como un peso mayor que al percentil del 95 para la estatura. O se define como un índice de masa corporal (IMC) superior al 95 por ciento para la edad (usando las cuadrículas de crecimiento de CDC/NCHS).
- Evaluación y terapia nutricionales cuando estén médicamente indicadas, incluidas, entre otras, afecciones como espina bífida, fibrosis quística, parálisis cerebral, disfagia, labio leporino/palacio hendido, alergias e intolerancia a los alimentos, hiperlipoproteinemia, trastornos convulsivos, trastornos alimenticios, cardiopatía congénita, insuficiencia renal, cáncer, SIDA, síndrome de Prader-Willi y síndrome de Rett.
- Leche materna humana de un banco de leche. Esto es cuando se requiere para la supervivencia del bebé. Equipo de lactancia materna, como sacaleches y sistema de nutrición suplementaria (SNS) cuando el crecimiento de un bebé frágil está fallando, y se considera que continuar con la lactancia es lo mejor para el bebé.

¿Qué servicios de alimentación y nutrición no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios cubiertos de terapia de alimentos y nutrición:

- Alimentación enteral, excepto como se indicó antes en esta sección.
- Fórmula de alimentación por sonda, excepto como se indicó antes en esta sección.
- Programas para bajar de peso, equipos para hacer ejercicio, clases de ejercicios, membresías en gimnasios, entrenadores personales, medicamentos de venta libre recetados para bajar de peso o tratamiento de la obesidad. Excepto el tratamiento quirúrgico necesario desde el punto de vista médico o según se indicó antes en esta sección. Esto es aun si el peso extra o la obesidad agravan otra afección.
- Alimentos, comidas, fórmulas y suplementos. Aparte de los enumerados antes en esta sección. Esto es aun si el alimento, la comida, la fórmula o el suplemento es la única fuente de nutrición. Excepto como se indicó antes en esta sección.



- Educación en lactancia y fórmulas para bebés.
- Clínicas de alimentación.

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Esta sección trata en los servicios cubiertos y las exclusiones para la atención de salud mental y de trastornos por uso de sustancias.

Salud Mental

¿Cómo obtengo servicios de salud mental?

No necesita una referencia de su proveedor de atención primaria (PCP) para servicios de salud mental. CHP+ trabajará con usted y su proveedor de salud mental para determinar la necesidad médica, el nivel de tratamiento adecuado y el entorno adecuado para los servicios de salud mental.

Unos servicios de salud mental pueden requerir autorización previa. Debe llamarnos para determinar si los servicios de salud mental que recibe requieren autorización previa. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888- 803-4494 (número gratuito). Si no obtiene una autorización previa o si recibe servicios de un proveedor que no sea el proveedor autorizado previamente por CHP+, los servicios no estarán cubiertos. Existen asesores disponibles que conocen el lenguaje de señas e intérpretes de lenguaje de señas.

Si está recibiendo servicios de un profesional de salud mental en el momento de su inscripción, llámenos para ver si se requiere una autorización. Si el proveedor de salud mental que está consultando no está en nuestra red, va a necesitar una autorización para más visitas. Un gerente de cuidado le ayudará a cambiar su atención a un proveedor de nuestra red, si es necesario. Se debe notificar a CHP+ en todas las admisiones de emergencia al siguiente día hábil. Esto incluye fines de semana o días feriados.

¿Qué servicios de salud mental están cubiertos?

Tratamiento para pacientes ambulatorios: CHP+ cubre los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. Los tratamientos ambulatorios cubiertos no requieren autorización previa si el proveedor está dentro de la red con CHP+. Los servicios cubiertos, incluyen, entre otros:

- Asesoramiento individual.
- Asesoramiento familiar.
- Asesoramiento grupal.
- Servicios de gestión de casos.
- Administración de medicamentos: CHP+ cubre la administración de medicamentos para afecciones de salud mental por parte de un proveedor médico, psiquiatra o

enfermero que tiene autorización legal para emitir recetas (autoridad prescriptiva).

- Tratamiento diurno: Los servicios de tratamiento diurno son para necesidades educativas y de salud mental específicas y a veces son parte del plan de educación individual (individual education plan, IEP). Los servicios de tratamiento diurnos cubiertos requieren autorización previa. Los servicios de tratamientos diurnos incluyen, pero no se limitan a:
 - Asesoramiento individual.
 - Asesoramiento familiar.
 - Asesoramiento grupal.
 - Servicios de apoyo educativo.
- Administración de cuidados: Un administrador de casos de CHP+ puede ayudarlo a:
 - Obtener la atención adecuada de médicos, proveedores, escuelas y otros programas.
 - Encontrar recursos (como alimentos, ropa y vivienda). Si desea aprender más sobre la gestión de casos, llámenos.

Servicios de emergencia: Consulte la sección **Atención de urgencia/fuera del horario de atención, atención de emergencia y viajes fuera del país para aprender más.**

Si tiene una emergencia o crisis de salud mental, vayase directamente a la sala de emergencias más cercana. O llame al 911.

Puede obtener servicios de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Servicios para pacientes hospitalizados: CHP+ cubre las estadías para pacientes hospitalizados médicamente necesarias para tratar afecciones de salud mental. Las hospitalizaciones cubiertas requieren autorización previa. Las hospitalizaciones son un servicio de salud mental las 24 horas del día que se le brinda en un hospital para el cuidado de una enfermedad mental. Los servicios cubiertos son cosas como:

- Visitas al proveedor recibidas durante una hospitalización cubierta.
- Habitación semiprivada para pacientes hospitalizados o servicios auxiliares.
- Psicoterapia grupal.
- Asesoría familiar con los familiares del miembro para ayudar con su diagnóstico y tratamiento.
- Manejo de medicamentos.

Servicios de tratamiento residencial: los mismos servicios cubiertos que los servicios para pacientes hospitalizados también están cubiertos para los servicios de tratamiento residencial. Los servicios de tratamiento residencial son servicios en un centro residencial con licencia que

puede dar servicios diurnos y supervisión las 24 horas después del programa.

Los servicios de tratamiento residencial sí requieren autorización previa. Se aprueban solo si los cargos son iguales o inferiores a la hospitalización parcial.

Servicios en el hogar: estos son servicios de salud mental especializados que usted recibe en su hogar. Esto es cuando los servicios de salud mental tradicionales no han sido efectivos.

Evaluación/valoración: una evaluación (también llamada valoración) es una forma de averiguar sus necesidades de salud mental y averiguar cuál es el mejor tipo de atención para usted. Las evaluaciones y valoraciones de salud mental no requieren autorizaciones. Pero los servicios que se recomiendan como resultado de una evaluación podrían requerir autorización previa. Llámenos si tiene preguntas sobre esto.

Trastorno del espectro autista: el tratamiento para el diagnóstico del trastorno del espectro autista es un beneficio cubierto cuando el tratamiento es médicamente necesario, adecuado, de atención de habilitación o rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para retrasos en la motricidad fina y gruesa, y servicios psiquiátricos/psicológicos. Consulte la sección Atención de salud mental y de trastornos por uso de sustancias para aprender más. La terapia de análisis conductual aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA) no es un beneficio cubierto de CHP+.

Más servicios: si tiene preguntas en otros servicios de salud mental que no están enumerados, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

¿Qué servicios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de salud mental ni de trastornos por uso de sustancias cubiertos:

- Gastos de habitación privada
- Servicios vocacionales (incluidos, entre otros, redacción de currículums, habilidades de entrevista, capacitación en habilidades laborales y desarrollo profesional).
- Tratamiento psicosocial (incluidas, entre otras, las habilidades en el hogar y el presupuesto).
- Biorretroalimentación.
- Psicoanálisis o psicoterapia que un miembro puede usar como crédito para obtener un título o para promover su educación.
- Hipnoterapia.
- Asesoramiento religioso, matrimonial y social.
- El costo de cualquier daño a un centro de tratamiento causado por el miembro.
- Terapias recreativas, sexuales, de gritos primarios, de sueño y terapias Z.



- Programas de autoayuda y pérdida de peso.
- Análisis transaccional, grupos de encuentro y meditación trascendental.
- Capacitación de sensibilidad y capacitación de asertividad.
- Terapia de renacimiento.
- Atención de custodia.
- Atención domiciliaria.
- Tratamiento ordenado por el tribunal o la policía que de otro modo no estaría cubierto.
- Servicios no autorizados por CHP+.
- Terapia de análisis conductual aplicado (ABA).

Programas para dejar de fumar

Si fuma y desea dejar de fumar, hable con su proveedor de atención primaria (PCP). Ellos pueden darle más recursos. También pueden ayudarle a crear un plan para dejar de fumar.

También puede llamar a la línea para dejar de fumar de Colorado si necesita ayuda para dejar de fumar. Llámelos al 800-QUITNOW (800-784-8669). Debe tener al menos 15 años de edad para participar en el Programa para dejar de fumar. Los servicios del Programa para dejar de fumar son un beneficio de CHP+. Esto es cosas como información y apoyo para ayudarlo a dejar de fumar. Cuando llame, dícales su número de identificación de CHP+. Los servicios se le brindarán sin cargo.

Trastornos por uso de sustancias

¿Cómo obtengo servicios para el trastorno por uso de sustancias?

No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. CHP+ trabajará con usted y su proveedor de trastornos por uso de sustancias para determinar la necesidad médica, el nivel de tratamiento adecuado y el entorno adecuado para los servicios de trastornos por uso de sustancias.

Es posible que unos servicios deban ser previamente autorizados. Debe llamarnos para averiguar si los servicios para el trastorno por uso de sustancias que recibe necesitan una autorización previa. Llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito). Si no obtiene una autorización previa o si recibe servicios de un proveedor que no sea el proveedor que fue autorizado previamente por CHP+, los servicios no estarán cubiertos. Esto significa que usted tendrá que pagar por ellos.

Hay proveedores de trastornos por uso de sustancias disponibles que conocen el lenguaje de señas e intérpretes del lenguaje de señas.

Si está recibiendo servicios de un proveedor para el tratamiento de trastornos por uso de

sustancias cuando se inscribe, llámenos. Podemos informarle si se necesita una autorización. Si el profesional de salud mental que está consultando está fuera de la red, se necesitará autorización para más visitas.

Un administrador de atención médica puede ayudar en la transición de su tratamiento a un proveedor de nuestra red, si corresponde. Se debe notificar a CHP+ sobre todas las admisiones de emergencia al siguiente día hábil. Esto incluye fines de semana o días festivos.

¿Qué servicios para el trastorno por uso de sustancias están cubiertos?

CHP+ cubre los tratamientos médicamente necesarios para el trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios y hospitalizados.

- La mayoría de los servicios ambulatorios cubiertos no requieren autorización previa.
- Los tratamientos para trastornos por uso de sustancias para pacientes hospitalizados requieren autorización previa.
- El tratamiento residencial para el trastorno por uso de sustancias requiere autorización previa.

FARMACIA Y MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para farmacias y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

¿Dónde puedo obtener medicamentos recetados?

CHP+ tiene una red nacional de farmacias minoristas. La red de farmacias es grande. Incluye la mayoría de las farmacias de Colorado. Va a encontrar una lista de las farmacias de nuestra red en su directorio de proveedores.

Puede encontrarlo en coaccess.com/members/chp. También puede llamarnos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Para obtener medicamentos recetados, vaya a una farmacia minorista de nuestra red. Entregue la receta escrita de su proveedor y su tarjeta de identificación de CHP+ al farmacéutico.

¿Tengo un copago para medicamentos recetados?

Unos miembros de CHP+ tienen un copago por medicamentos recetados. Si tiene un copago, el monto aparecerá en su tarjeta de identificación de CHP+. Si tiene un copago para medicamentos recetados, la farmacia minorista lo solicitará antes de que le entreguen el medicamento.

Si está surtiendo más de una receta, debe pagar copagos por separado para cada medicamento o suministro cubierto. Si el precio minorista del medicamento es menor que el monto de su copago, usted pagará el precio minorista. El copago no se reducirá por ningún descuento o reembolso. CHP+ no paga ningún medicamento o suministro cubierto. Salvo que la tarifa

negociada exceda cualquier copago aplicable del que usted sea responsable.

¿Qué medicamentos recetados están cubiertos?

CHP+ cubre un suministro de 30 días de un medicamento recetado de una farmacia de nuestra red. Los anticonceptivos recetados pueden estar cubiertos por un suministro de hasta 12 meses (un año) después de un surtido para tres meses. Esto es cosas como anticonceptivos orales (la píldora), parches anticonceptivos y anticonceptivos de anillo vaginal.

Unos medicamentos recetados que se toman a diario pueden calificar para un suministro de medicamentos para 90 días. Puede preguntarle a su médico si su medicamento reúne los requisitos para esto. Pueden aplicarse pautas de cobertura y límites de cantidad. Consulte la lista de formulario para aprender más. Puede encontrarlo en coaccess.com/providers/resources/pharmacy.

Para que estos medicamentos estén cubiertos por CHP+, necesita una receta de su médico. Lleve la receta a una farmacia minorista de nuestra red. Lea el título [“¿Dónde puedo obtener medicamentos recetados?”](#) en esta sección para aprender más.

Si compró un medicamento recetado sin usar su tarjeta de identificación, puede presentar un formulario de reclamación de medicamentos recetados para su revisión. Puede encontrar este formulario en coaccess.com/members/services/forms/.

- Los anticonceptivos están cubiertos para hasta tres paquetes de píldoras (normalmente 84 días) en una farmacia minorista de nuestra red para el primer surtido. Después de su primer surtido de un suministro de tres meses, estas recetas son elegibles para surtirse para un suministro de hasta un año.
- Cuando sea médicamente necesario, puede obtener una anulación de vacaciones de un mes. Puede obtener esto si viaja fuera del área de servicio de CHP+.
- Para ciertos medicamentos recetados, es posible que se le pida al proveedor que emite la receta que envíe más información a CHP+ para determinar la necesidad médica.
- CHP+ puede, a su entera discreción, establecer límites de cantidad para medicamentos recetados específicos.
- Los servicios cubiertos se limitarán según la necesidad médica, los límites de cantidad establecidos por CHP+ o las pautas de utilización.
- CHP+ cubre más de 200 medicamentos OTC con una receta de su médico. Esto es cosas como Tylenol y vitaminas.
- CHP+ cubre varios medicamentos OTC cuando son recetados por su farmacéutico local. Estos están cubiertos si el farmacéutico está inscrito en el estado, el medicamento está incluido en la lista de formulario de CHP+ y la receta es coherente con la Lista de autoridad de prescripción de venta libre para farmacéuticos del estado de Colorado. Puede encontrar la Lista de autoridad de prescripción de venta libre para farmacéuticos en colorado.gov/pacific/hcpf/pharmacy-resources.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

- Epi-Pens están cubiertas con una receta de su médico.

Lista de formularios

CHP+ usa una lista de formularios. Esta es una lista de medicamentos cubiertos por CHP+. La lista actual se puede encontrar en coaccess.com/providers/resources/pharmacy. Si desea una copia impresa, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

La lista de formulario promueve y hace cumplir el uso adecuado de los medicamentos mediante la revisión de la dosis inadecuada, las posibles interacciones entre fármacos o la interacción entre el embarazo y los fármacos.

Si su proveedor le receta un medicamento que no está en la lista de formulario, el medicamento requiere autorización previa.

La lista de formulario está sujeta a revisión y puede modificarse. La inclusión de un medicamento o artículos relacionados en la lista de formulario no es una garantía de cobertura.

Medicamentos recetados

Ciertos medicamentos recetados o la cantidad recetada de un medicamento en particular pueden requerir autorización previa. Puede encontrar una lista de los medicamentos recetados que requieren en el formulario. Si necesita un medicamento recetado que requiere autorización previa, el proveedor que le recetó el medicamento debe comunicarse con CHP+. Si se rechaza la autorización previa, puede apelar la decisión. Siga los pasos de la sección [Apelaciones](#) para apelar.

Si su médico no obtiene la autorización previa y usted intenta surtir la receta, el farmacéutico minorista de la red le informará que el medicamento requiere autorización previa. Deberá comunicarse con el proveedor que le recetó el medicamento. Debe pedirles que envíen información a CHP+. Llámenos si necesita ayuda.

Beneficios de farmacia para pacientes hospitalizados

CHP+ cubre los medicamentos administrados durante una hospitalización cubierta cuando los medicamentos son facturados por un hospital u otro centro. Consulte la sección Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados para aprender más sobre esto.

Otros beneficios

Para obtener detalles sobre los beneficios de alimentos y fórmulas especiales para necesidades metabólicas y nutricionales, consulte la sección [Terapia de alimentos y nutrición](#). Consulte la sección [Atención médica domiciliaria y terapia de infusión domiciliaria](#) para aprender más sobre los beneficios de la terapia intravenosa (IV) domiciliaria.

Si no obtiene ciertos suministros, equipos y aparatos a través de una farmacia de nuestra red, pueden estar cubiertos como suministros médicos o equipo médico duradero. Consulte la sección [Suministros y equipos médicos](#) para aprender más de los beneficios sobre suministros



médicos y equipo médico duradero.

¿Qué hago si pago un medicamento que está cubierto por CHP+?

Si no tiene su tarjeta de identificación cuando va a una farmacia de nuestra red o surte una receta en una farmacia que no pertenece a nuestra red, es posible que se le cobre el costo total del medicamento recetado.

Si paga el cargo total por un medicamento recetado cubierto, siga estos pasos:

1. Pídale al farmacéutico un recibo detallado. Este recibo debe mostrar que usted pagó el medicamento recetado cubierto. Incluya su nombre y dirección.
2. Envíe por correo el recibo y una solicitud de reembolso por escrito a:
Colorado Access
Reimbursements
P.O. Box 17950
Denver, CO 80217-0950

Esta solicitud debe completarse dentro de los 120 días a partir de la fecha en que compró el medicamento. Revisaremos su solicitud de reembolso y el recibo. Si el medicamento que pagó no está en la lista de formulario o requiere autorización previa, podemos pedir información al proveedor que le recetó el medicamento. Esto nos ayudará a revisar la necesidad médica del medicamento.

Si se aprueba su solicitud, se le reembolsará. El monto se basa en el cargo por el medicamento cubierto, menos cualquier copago aplicable. Los medicamentos recetados dispensados que superen un suministro de 30 días no son reembolsables.

¿Qué medicamentos recetados no están cubiertos?

Las siguientes son exclusiones. No son servicios de farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cubiertos:

- Suministros y medicamentos recetados de una farmacia que no pertenece a nuestra red.
- Salvo que se indique específicamente arriba o en la lista de formulario de CHP+, los medicamentos de venta libre y sin receta no están cubiertos. Esto incluye preparaciones homeopáticas o a base de hierbas; medicamentos recetados con un bioequivalente OTC, aun si se emite como receta; y medicamentos que no requieren una receta según la ley federal (incluidos los medicamentos que requieren una receta según la ley estatal, pero no la ley federal), a excepción de la insulina inyectable. Unos medicamentos recetados pueden no estar cubiertos aun si obtiene una receta de un proveedor.
- Medicamentos recetados para la supresión del apetito o el control del peso.
- Medicamentos o preparaciones que se usan con fines cosméticos para promover o prevenir el crecimiento del cabello, o cosméticos medicinales, incluidos, entre otros,

Rogaine®, Vaniqua® y tretinoína (vendidas bajo marcas como Retin-A®).

- Cualquier medicamento, producto o tecnología dentro de los seis meses de la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). CHP+ puede, a su entera discreción, renunciar a esta exclusión en su totalidad o en parte para un nuevo producto o tecnología de medicación específico aprobado por la FDA.
- Cualquier medicamento usado para tratar la infertilidad.
- Los beneficios estándar de CHP+ no cubren fórmulas especiales, alimentos o suplementos alimenticios. Salvo que sea para trastornos metabólicos. Consulte la sección Terapia de alimentos y nutrición para aprender más.
- Gastos de envío para las recetas.
- Cargos por la administración de cualquier medicamento. Salvo que se dispense en el consultorio del proveedor o a través de servicios de salud en el hogar.
- Medicamentos administrados como muestras al proveedor.
- Jabón/detergente antibacteriano, pasta de dientes/gel, champú o enjuague bucal.
- Agujas hipodérmicas, jeringas o dispositivos similares. Salvo cuando se usan para la administración de un medicamento cubierto cuando se recetan de acuerdo con los términos de esta sección.
- Dispositivos o aparatos terapéuticos. Esto incluye las prendas de soporte y otros suministros no médicos (independientemente del uso previsto).
- Medicamentos recetados dispensados en cantidades que exceden los límites aplicables. CHP+ establece estos límites a su entera discreción.
- Resurtidos que superen la cantidad recetada por el proveedor o que se resurtan más de un año después de la fecha de dicho pedido.
- Medicamentos recetados destinados al tratamiento de la disfunción sexual o la insuficiencia sexual, independientemente del origen o la causa (incluidos los medicamentos, como Viagra®, para el tratamiento de la disfunción eréctil).
- Medicamentos de venta bajo receta surtidos con el propósito de un viaje internacional.

SERVICIOS DE AUDIOLOGÍA

Esta sección trata sobre los servicios de audiolología cubiertos.

¿Dónde puedo obtener servicios de audiolología?

Debe obtener servicios de audiolología de un audiólogo o centro de audición que forme parte de nuestra red.

¿Qué servicios de audiolología están cubiertos?

Los siguientes servicios de audiolología están cubiertos:

- Exámenes de audición adecuados para la edad para la atención preventiva.
- Examen de audición y seguimiento del recién nacido para una prueba de detección fallida.
- Un audífono cada cinco años. Se pueden administrar más audífonos si son médicamente necesarios, como:
 - Un nuevo audífono cuando la alteración del audífono existente no puede satisfacer adecuadamente sus necesidades.
 - Servicios y suministros que incluyen, entre otros, la evaluación inicial, la adaptación, los ajustes y la capacitación auditiva que se brinda de acuerdo con los estándares profesionales aceptados.

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS

Esta sección trata sobre los servicios cubiertos y las exclusiones para los servicios oftalmológicos.

¿Dónde puedo obtener servicios oftalmológicos cubiertos?

Debe recibir servicios oftalmológicos de rutina y especializados (visitas al consultorio para exámenes oftalmológicos de rutina) de un oftalmólogo u optometrista que forme parte de nuestra red. Los exámenes de la vista de rutina no están cubiertos si visita a un proveedor que no está en nuestra red.

Las lentes, los marcos y/o los lentes de contacto se pueden comprar a un proveedor dentro o fuera de la red. Estos están sujetos a límites de beneficios.

¿Qué servicios oftalmológicos están cubiertos?

- Los servicios oftalmológicos de rutina no requieren autorización previa.
- Exámenes de la vista adecuados para la edad y exámenes de la vista de rutina.
- Se cubre un examen rutinario de la vista por año calendario.
- El beneficio de CHP+ es por un crédito de \$150 por miembro, por año calendario. Esto es para la compra de lentes, marcos y/o lentes de contacto. Las lentes, los marcos y/o los lentes de contacto se pueden comprar a un proveedor dentro o fuera de la red.
- Servicios oftalmológicos especializados para proveedores contratados. Un servicio oftalmológico especializado es cuando consulta a un proveedor oftalmológico para algo que no sea un examen de rutina.
- Unos tratamientos oftalmológicos especializados pueden requerir una autorización previa.

¿Qué servicios oftalmológicos no están cubiertos?

Estas son exclusiones. No son servicios oftalmológicos cubiertos:

- Terapia de la vista.



- Servicios especializados de tratamiento de la vista que recibe sin una autorización previa, si se requiere una autorización.
- Servicios relacionados con queratoplastia refractiva, queratotomía radial o cualquier procedimiento diseñado para corregir la visión.

6: Exclusiones y limitaciones generales

Esta lista de exclusiones describe los servicios que no están cubiertos por CHP+. Esta no es una lista completa de todos los servicios, suministros, afecciones o situaciones que no son servicios cubiertos. Si tiene preguntas sobre los beneficios o exclusiones cubiertos, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888- 803-4494 (número gratuito).

Estas exclusiones generales se aplican a todos los beneficios descritos en este folleto. Además de estas exclusiones generales, se aplican limitaciones, condiciones y exclusiones específicas a los servicios cubiertos específicos. Obtenga más información en la sección [Beneficios para miembro: servicios cubiertos](#) y otros en este folleto.

RECUERDE:

- **Es posible que se le facturen los servicios que no están cubiertos.** Aun si obtiene una referencia de su PCP, los servicios no estarán cubiertos si el servicio es una exclusión o no es un beneficio cubierto.
- Si el servicio no está cubierto, entonces todos los servicios realizados en conjunto con ese servicio no están cubiertos.
- CHP+ es la autoridad final para determinar si los servicios y suministros son médicamente necesarios. Esto es para fines de pago.

No cubriremos los siguientes servicios, suministros, situación o gastos relacionados: (Esta no pretende ser una lista inclusiva de todos los servicios no cubiertos):

Acupuntura: Esta cobertura no cubre servicios ni suministros relacionados con la atención de acupuntura.

Agentes quelantes: Esta cobertura no cubre ningún servicio, suministro o tratamiento para el cual se usa un agente quelante. Salvo para proporcionar tratamiento para la intoxicación por metales pesados.

Alta del centro (servicios recibidos después de la fecha de alta preautorizada): Esta cobertura no cubre los servicios que se brindan después de la fecha de alta indicada en la autorización previa de CHP+. La fecha de alta adecuada se determina en función de las pautas de atención administrada.

Alta en contra del consejo médico: Esta cobertura no cubre los servicios de hospital u otro centro si usted abandona un hospital u otro centro en contra del consejo médico de su proveedor.

Análisis conductual aplicado (terapia ABA): Esta cobertura no cubre los servicios de terapia de análisis conductual aplicado.

Antes de la fecha de entrada en vigencia: Esta cobertura no cubre ningún servicio recibido

antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro con CHP+.

Asesoramiento/pruebas genéticas: Esta cobertura no cubre servicios que incluyen, entre otros, pruebas previas a la concepción, pruebas de paternidad, asesoramiento y pruebas genéticas ordenadas por un tribunal, pruebas para trastornos hereditarios y análisis de antecedentes familiares o pruebas para determinar el sexo o las características físicas de un bebé en gestación. Las pruebas genéticas para evaluar los riesgos de trastornos para ciertas afecciones pueden estar cubiertas en función de la política médica, la revisión y los criterios, y después de que obtenga la autorización previa adecuada.

Atención de convalecencia: Salvo que se determine específicamente lo contrario, esta cobertura no cubre la atención de convalecencia después de un período de enfermedad, lesión o cirugía, a menos que la atención de convalecencia se reciba normalmente para una afección específica. Esto se determina según nuestra política médica. La atención de convalecencia incluye los servicios del proveedor o del centro.

Atención de custodia: Esta cobertura no cubre la atención principalmente con el fin de asistirlo en las actividades de la vida diaria o para satisfacer necesidades personales en lugar de necesidades médicas, y que no es un tratamiento específico para una enfermedad o lesión. No se puede esperar que la atención de custodia mejore sustancialmente una afección médica. Tiene un valor terapéutico mínimo. La atención puede ser de custodia, independientemente de si es sugerida o brindada por un profesional. Y si se hace o no en un centro (por ejemplo, un hospital o centro de enfermería especializada) o en el hogar. Unos ejemplos de atención de custodia incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ayuda para caminar, bañarse o vestirse
- Traslado o colocación en la cama
- Administración de medicamentos autoadministrados o autoinyectables
- Preparación de comidas
- Ayuda para comer
- Higiene bucal
- Cuidado de rutina de la piel y las uñas
- Succión
- Ayudarlo cuando vaya al baño (aseo)
- Supervisión del equipo médico de su uso

Atención domiciliaria: Esta cobertura no cubre la atención brindada en una institución sin tratamiento, centro de rehabilitación o escuela.

Beneficios posteriores a la terminación: Esta cobertura no cubre los beneficios por la atención recibida después de la terminación de la cobertura. Salvo según se indica en la sección

Membresía. La atención de seguimiento no está cubierta después de la terminación. Aun si se permitió la admisión en el centro para pacientes hospitalizados.

Biorretroalimentación: Esta cobertura no cubre servicios ni suministros relacionados con la biorretroalimentación.

Centro administrado por el gobierno: Esta cobertura no cubre servicios y suministros para todas las discapacidades relacionadas con el servicio militar que sean proporcionados por un centro médico militar operado por, para, o a expensas de, gobiernos federales, estatales o locales o sus agencias, incluido un centro de administración de veteranos, a menos que autoricemos el pago por escrito antes de que se presten los servicios.

Cirugía de la articulación temporomandibular (TMJ) o terapia/cirugía ortognática: Esta cobertura no cubre servicios relacionados con la cirugía de la articulación temporomandibular (TMJ). Salvo la cirugía de la articulación temporomandibular con base médica.

Cirugía ortognática médica: Esta cobertura no cubre el aumento o las reducciones de la mandíbula superior o inferior (cirugía ortognática), aun si la afección se debe a una característica genética congénita o adquirida. Salvo según se indica en la sección [Servicios dentales](#) Y según lo exigido por la ley estatal.

Cobertura doble: La cobertura doble se refiere a tener tanto CHP+ como otra cobertura de seguro, como Health First Colorado o un plan comercial, al mismo tiempo. Mientras tenga CHP+, no puede ser elegible ni tener cobertura de otro seguro, excepto para cobertura dental y Medicare.

Complicaciones de servicios no cubiertos: Esta cobertura no cubre complicaciones que provienen de servicios y suministros no cubiertos. Unos ejemplos de servicios no cubiertos incluyen, entre otros, cirugía cosmética y operaciones y procedimientos de cambio de sexo, y servicios que se determinan como experimentales o de investigación.

Concepción artificial: Esta cobertura no cubre servicios relacionados con la concepción artificial.

Condiciones relacionadas con la guerra: Esta cobertura no cubre los servicios o suministros necesarios para tratar enfermedades o lesiones que resulten de guerra, guerra civil, insurrección, rebelión o revolución.

Conducta ilegal: Esta cobertura no cubre ningún servicio requerido como resultado de su participación o intento de cometer un delito grave. O a la cual una causa contribuyente fue el resultado de su participación en un acto ilegal.

Deficiencias de aprendizaje: Este plan no cubre educación especial, asesoramiento, terapia, rehabilitación ni atención para deficiencias de aprendizaje. Esté o no está asociado con un

retraso u otra alteración.

Descuento profesional o de cortesía: Esta cobertura no cubre ningún servicio cuando su parte del pago se exime debido a una cortesía profesional o un descuento.

Disfunción sexual: Esta cobertura no cubre servicios, suministros o medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o impotencia.

Dolor crónico: Esta cobertura no cubre servicios ni suministros para el tratamiento del dolor crónico.

Finalización electiva del embarazo: Esta cobertura no cubre la finalización terapéutica o electiva del embarazo. Salvo que la terminación electiva sea para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de una violación o incesto.

Fórmula infantil: Esta cobertura no cubre la fórmula infantil. Salvo que se permita específicamente como beneficio en virtud de este folleto.

Gastos de adopción o madre sustituta: Esta cobertura no cubre gastos relacionados con la adopción o madre sustituta.

Gastos del día de alta: Esta cobertura no cubre los cargos de habitación y comida relacionados con el día de alta.

Gastos de habitación privada: Esta cobertura no cubre servicios relacionados con una habitación privada. Salvo según se indica en la sección [Beneficios para miembros: servicios cubiertos](#).

Gastos de viaje: Esta cobertura no cubre gastos de viaje o alojamiento para usted, su familia o su proveedor. Salvo según se indica en la sección [Servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos](#).

Gastos no médicos: Esta cobertura no cubre gastos no médicos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Gastos de adopción o madre sustituta.
- Clases educativas y suministros no proporcionados por el médico. Salvo que se permita específicamente como un beneficio enumerado en este folleto.
- Suministros y servicios de capacitación vocacional.
- Gastos de envío y/o manejo.
- Gastos por intereses y cargos por pago en mora.
- Modificaciones en el hogar, el vehículo o el lugar de trabajo. Esto es independientemente de la afección médica o discapacidad.
- Cuotas de membresía para spas, gimnasios u otras instalaciones similares, o cuotas para entrenadores personales. Esto es aun si se recomienda desde el punto de vista médico.

También independientemente de cualquier valor terapéutico.

- Artículos de conveniencia personal como aires acondicionados, humidificadores o equipos de ejercicios.
- Servicios personales como cortes de cabello, champús, comidas para huéspedes y radios o televisores.
- Sintetizadores de voz u otros dispositivos de comunicación. Excepto según lo específicamente permitido por CHP+.

Hipnosis: Esta cobertura no cubre servicios relacionados con la hipnosis. Esto incluye, ya sea con fines médicos o de anestesia.

Impuestos: Este plan no cubre impuestos sobre la venta, servicios u otros impuestos por ley que se aplican a los servicios cubiertos.

Indemnización por accidentes de trabajo: Esta cobertura no cubre servicios y suministros para un accidente o enfermedad relacionados con el trabajo. Consulte la sección Otra información legal para aprender más.

Investigación clínica: Esta cobertura no cubre ningún servicio o suministro ofrecido como parte de la investigación clínica. Salvo que esté permitido por nuestra política médica. Un formulario de consentimiento firmado para sujetos humanos de investigación se considerará prueba de que un miembro está involucrado en un programa de investigación clínica.

Mamoplastia de reducción: Este plan no cubre la mamoplastia de reducción. Salvo que se realice junto con la reconstrucción de la mastectomía y el diagnóstico de cáncer.

Medicamentos alternativos o complementarios: Esta cobertura no cubre medicamentos alternativos o complementarios. Los servicios que se consideran medicina alternativa o complementaria incluyen, entre otros, medicina holística, homeopatía, hipnosis, aromaterapia, terapia de masajes, terapia con reiki, medicina a base de hierbas, productos o terapias vitamínicos o dietéticos, naturopatía, termografía, terapia ortomolecular, análisis de reflejos de contacto, técnica de sincronización bioenergial (bioenergial synchronization technique, BEST), colónica o iridología.

Medicamentos/Medicinas de venta libre (OTC): A menos que se indique que están cubiertos en este folleto (consulte la sección [Farmacia y medicamentos recetados para pacientes ambulatorios](#)) o la lista de formulario, esta cobertura no cubre medicamentos de venta libre y sin receta. Esto incluye preparaciones homeopáticas o a base de hierbas; medicamentos recetados con un bioequivalente de venta libre, aun si se emite como receta, y medicamentos que no requieren una receta por parte del gobierno federal (incluidos los medicamentos que requieren una receta por ley estatal, pero no por ley federal), excepto la insulina inyectable. Es posible que unos medicamentos recetados no estén cubiertos aun si obtiene una receta de un proveedor.

Necesidad médica: Esta cobertura no cubre gastos por servicios y suministros que no sean

médicamente necesarios. La cobertura de los servicios puede ser denegada antes o después del pago. Salvo que los servicios hayan sido previamente autorizados.

- La decisión de si un servicio o suministro es médicamente necesario se basa en la política médica y en la bibliografía médica revisada por pares, en cuanto a lo que se aprueba y lo que generalmente se acepta en la práctica médica o quirúrgica.
- El hecho de que un proveedor formule, ordene, recomiende o apruebe un servicio, tratamiento o suministro no lo convierte en médicamente necesario o en un servicio cubierto.

Ortesis: Esta cobertura no cubre plantillas ortésicas (excepto para miembros con diabetes), ya sean funcionales o de otro tipo. Independientemente de la ayuda que proporcionen.

Otro seguro: Usted no puede ser elegible o estar cubierto por otro seguro, excepto para cobertura dental y Medicare, mientras tenga CHP+.

Pérdida de cabello: Esta cobertura no cubre el tratamiento para la pérdida de cabello (excepto para la alopecia areata), incluidos, entre otros, medicamentos, pelucas, peluquines, peluquines artificiales, prótesis capilar o craneal, trasplantes de cabello o implantes, aun si hay una receta del proveedor y un motivo médico para la pérdida de cabello.

Preparaciones de informes: Esta cobertura no cubre cargos por la preparación de informes médicos, facturas detalladas o cargos por duplicación de registros médicos del proveedor cuando el miembro lo solicite.

Procedimientos experimentales/de investigación: Esta cobertura no cubre ningún tratamiento, procedimiento, fármaco/medicamento o dispositivo que hayamos determinado que no cumple con los criterios de elegibilidad para la cobertura. Si un servicio no ha sido previamente autorizado, podemos tomar la determinación antes o después de que se preste el servicio de que el servicio no se considera elegible para la cobertura o es experimental o de investigación.

CHP+ no cubre tratamientos o procedimientos experimentales o en investigación que no se haya demostrado que sean eficaces. Esto se determina según la política médica. O bien, si no hay una política médica disponible, según lo determinen las autoridades médicas o quirúrgicas correspondientes seleccionadas por nosotros.

Programas de pérdida de peso: Esta cobertura no cubre los servicios del programa de pérdida de peso.

Proveedores de servicios no cubiertos: Esta cobertura no cubre los servicios y suministros recetados o administrados por un proveedor u otra persona, proveedor o centro que no estén específicamente enumerados en este folleto. Estos proveedores o centros no cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Spa de salud o centros de salud y acondicionamiento físico (independientemente de que los servicios sean prestados por un proveedor registrado o con licencia).



- Enfermería escolar.
- Terapias de masajes.
- Asilo de ancianos.
- Institución residencial o centro de rehabilitación (un centro donde los servicios primarios son habitación y comida y supervisión constante, o una rutina diaria estructurada para una persona con discapacidad pero cuya afección no requiere hospitalización para atención aguda).
- Servicios dentales o médicos patrocinados por o para un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o cualquier persona o grupo similar.
- Servicios prestados al miembro por el miembro, por un familiar o por una persona que normalmente reside en el hogar del miembro.
- Entrenador atlético.

Responsabilidad ante terceros (subrogación): Esta cobertura no cubre servicios y suministros que puedan ser reembolsados por un tercero. Consulte la sección Otra información legal para aprender más.

Servicio de enfermería privada: Esta cobertura no cubre los servicios de enfermería privada.

Servicios cosméticos: Esta cobertura no cubre procedimientos, servicios, equipos o suministros cosméticos proporcionados por motivos psiquiátricos o psicológicos, para cambiar las características familiares o para mejorar el aspecto.

Esta cobertura no cubre los servicios requeridos como resultado de una complicación o resultado de un servicio cosmético que no está cubierto.

Unos ejemplos de procedimientos cosméticos incluyen, entre otros, estiramientos faciales, inyecciones de Botox, aumento de senos, rinoplastia y revisiones de cicatrices.

Servicios de radiología: Esta cobertura no cubre tomografías computarizadas ultrarrápidas ni pruebas de densidad ósea periférica. Esta cobertura no cubre la tomografía computarizada de cuerpo total para exámenes de detección de rutina no médicos.

Servicios dentales: Los servicios dentales son proporcionados por DentaQuest, a menos que se detallen específicamente en la sección [Servicios dentales](#). Los niños con Elegibilidad presunta no tienen acceso a servicios dentales de rutina.

Servicios o equipos de conveniencia/lujo/deluxe: Esta cobertura no cubre servicios y suministros utilizados principalmente para la comodidad o conveniencia personal del miembro. Dichos servicios y suministros incluyen, entre otros, bandejas para invitados, servicios de belleza o barbería, compras en tiendas de regalos, cargos telefónicos, televisores, kits de admisión, servicios de lavandería personal y compresas calientes y/o frías.

Esta cobertura no cubre suministros, equipos o electrodomésticos que sean artículos de

comodidad, lujo o conveniencia. Por ejemplo, vagones laterales para sillas de ruedas, marcos de anteojos de moda o una unidad de crisol. Los equipos o aparatos solicitados por un miembro que incluyen más características que las necesarias para la afección médica se consideran artículos de lujo, deluxe y de conveniencia (por ejemplo, equipos motorizados, como sillas de ruedas eléctricas o scooters eléctricos, cuando se pueden usar equipos operados manualmente) y no están cubiertos.

Servicios ordenados por un tribunal: Esta cobertura no cubre los servicios prestados en virtud de una orden judicial, libertad condicional o libertad condicional. Salvo que esos servicios estén cubiertos de otro modo en virtud de este folleto.

Servicios quiroprácticos: Esta cobertura no cubre ningún servicio o suministro para la atención de un quiropráctico. Los procedimientos de manipulación espinal deben ser realizados por un médico osteopático (DO). La atención ofrecida por un quiropráctico no es un beneficio cubierto.

Terapia de la vista: Esta cobertura no cubre la terapia de la vista. Esto incluye, entre otros, tratamientos como entrenamiento de la vista, ortopedia, entrenamiento de los ojos o entrenamiento para ejercicios de los ojos.

Terapia de mantenimiento: Esta cobertura no cubre ningún tratamiento que no mejore o aumente significativamente su capacidad para funcionar o su nivel de productividad, o la atención que se le brinda después de que alcance su mejora médica máxima, según lo determine CHP+. Salvo según se indica en la sección [Beneficios para miembro: servicios cubiertos](#).

Terapia de nutrición médica: Este plan no cubre vitaminas, suplementos nutricionales o dietéticos, alimentos especiales, fórmulas infantiles de venta libre o dietas. Salvo que se indique específicamente como cubierto en este folleto.

Visión: Esta cobertura no cubre ningún servicio y/o suministro quirúrgico, médico u hospitalario prestado en relación con un procedimiento diseñado para corregir la hipermetropía, la miopía o el astigmatismo.

7: Gestionar la atención

Esta sección explica la atención administrada. Para asegurarnos de que esté recibiendo la atención médica adecuada para sus necesidades, usamos algunas herramientas o procesos de atención administrada. Esto es cosas como:

- Aprobación previa para servicios de atención médica.
- Revisión hospitalaria concurrente.
- Manejo de la atención y manejo de enfermedades.
- Directivas médicas anticipadas.

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (APROBACIÓN PREVIA)

Esta sección también lo ayudará a comprender lo que debe hacer para obtener la atención adecuada.

Para unos servicios, debe obtener nuestra aprobación previa antes de poder obtener el servicio. Esto incluye unos procedimientos, pruebas para averiguar qué sucede (pruebas de diagnóstico), equipos médicos, servicios de salud en el hogar y medicamentos. Cuando tenga que permanecer en el hospital (hospitalizarse), su proveedor deberá obtener la aprobación previa. Esto no se requiere en situaciones de emergencia. Consulte la sección [Beneficios para miembro: servicios cubiertos](#) para aprender más.

El proveedor que desea que usted reciba más servicios o cree que usted necesita permanecer en el hospital es responsable de obtener la aprobación previa.

Analizamos cada solicitud de aprobación previa. Debemos asegurarnos de que el servicio o suministro:

- Es un servicio cubierto.
- Es el servicio adecuado para usted, en el lugar correcto.

El proceso de aprobación previa puede establecer límites en su cobertura. Por ejemplo, podemos decir que solo se cubrirá (pagará) una determinada cantidad de visitas. Si su proveedor considera que usted necesita más visitas, puede pedir más. Pueden hacer esto con otra solicitud de aprobación previa. La cobertura se limita a los beneficios que se enumeran en este folleto.

Una aprobación previa no significa que un servicio o suministro estará cubierto (pagado). El fraude o abuso puede hacer que se rechace una reclamación. Esto significa que no lo pagaremos. Además, cuando obtenemos una reclamación, usamos este folleto como una herramienta para ver si está cubierto (se paga). Si recibimos una reclamación por un servicio que no está cubierto, es posible que la reclamación no se pague (rechace). La reclamación también puede ser denegada si el servicio de la reclamación es diferente del servicio que fue previamente autorizado.

Llámenos si tiene preguntas sobre esto. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Determinaciones adversas de beneficios (rechazo de servicios)

Una determinación adversa de beneficios (rechazo) significa que no aprobamos la solicitud de autorización previa. CHP+ le enviará a usted y a su proveedor una carta para todas las determinaciones adversas de beneficios. Puede apelar la decisión siguiendo los pasos de la sección [Apelaciones](#).

Decisiones de beneficios cubiertos

Para decidir si un servicio es un beneficio cubierto, analizamos lo siguiente:

- Si el servicio es adecuado para usted (medicamente necesario);
- Si el servicio es experimental o aún se está investigando;
- Si el servicio es cosmético, y
- Si el servicio está excluido en virtud de esta cobertura.

Para ayudar a tomar esta decisión, usamos muchas herramientas, como las siguientes:

- Nuestras políticas médicas y pautas de práctica;
- Información médica actual;
- Pautas de organizaciones nacionales y grupos profesionales reconocidos, y
- Reuniones con especialistas.

No promovemos ni damos ningún incentivo a nuestros empleados o revisores proveedores por negar los servicios médicamente necesarios que nuestros miembros necesitan y a los que tienen derecho.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD MÉDICAMENTE NECESARIOS

Sólo cubrimos los servicios, procedimientos, suministros o visitas médicamente necesarios (salvo que se indique lo contrario en este folleto). Para ayudar a decidir si un servicio es médicamente necesario, usamos:

- Políticas médicas.
- Pautas de práctica médica.
- Estándares profesionales.
- Revisiones médicas externas por pares.

Políticas médicas

Creamos nuestras políticas médicas después de estudiar los estándares recientes de atención e información científica. Los beneficios, las exclusiones y las limitaciones de su cobertura tienen

prioridad sobre la política médica. Esto significa que si un servicio se menciona como excluido o no cubierto en este folleto, no se pagará (no está cubierto). Esto es independientemente de si cumple o no con los estándares establecidos por la política médica.

Para asegurarnos de que nuestras políticas médicas estén actualizadas, las revisamos y actualizamos regularmente.

Procedimientos experimentales/en investigación o cosméticos

Nosotros no pagaremos por ningún servicio, procedimiento, cirugía ni suministro que consideremos experimental o de investigación, o cosmético. Dado que estos servicios no están cubiertos, no pagaremos por complicaciones que sean el resultado de cualquier servicio, procedimiento, cirugía o suministro que consideremos experimental/en investigación y/o cosmético.

Servicios excluidos

Los servicios excluidos son los servicios enumerados como no cubiertos o excluidos en este folleto. Consulte la sección [*Exclusiones y limitaciones generales*](#).

ENTORNO ADECUADO

Los servicios de atención médica pueden brindarse en un entorno de hospitalización o ambulatorio. El entorno adecuado depende de la gravedad de la afección médica. También depende de los servicios necesarios para cuidar de la afección.

Cubrimos la atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Esto está cubierto siempre y cuando la atención se brinde en el entorno adecuado, esté preautorizada, si se requiere, y sea médicamente necesaria.

Admisiones programadas de pacientes hospitalizados

Unos ejemplos de entornos de pacientes hospitalizados incluyen:

- Hospitales.
- Centros de enfermería especializada.
- Centro de cuidados paliativos.

Todas las hospitalizaciones requieren aprobación previa (autorización previa). Su proveedor debe comunicarse con nosotros para pedir la autorización antes de programar las admisiones de pacientes hospitalizados. Una autorización previa es válida solo para un lugar específico y durante fechas específicas. Solo puede obtener el servicio aprobado en el lugar específico y durante las fechas específicas indicadas en la autorización previa.

Si no recibe el servicio durante las fechas específicas o si necesita más servicios, su proveedor debe comunicarse con nosotros otra vez para pedir otra autorización. Revisaremos la solicitud. Si se aprueba la solicitud, se pagarán todos los servicios cubiertos.

Podemos pedir más detalles para asegurarnos de que el servicio sea una necesidad médica.

Algunas de las cosas que se usan para ayudar a tomar esta decisión son las políticas médicas y las pautas de atención médica. Las pautas de atención médica incluyen pautas de recuperación óptima de atención quirúrgica y para pacientes hospitalizados. Al usar estas pautas y alentar la educación, es más probable que tenga mejores resultados.

Los cargos por hospitalización están cubiertos cuando están autorizados por CHP+. De lo contrario, es posible que deba pagar todos los cargos vinculados con su estadía como paciente hospitalizado.

Trabajamos con sus proveedores para decidir cuánto tiempo debería durar una hospitalización. Autorizaremos una cierta cantidad de días para la estadía como paciente hospitalizado. Si su proveedor pide más días, revisaremos esa solicitud. También podemos revisar su estadía mientras esté en el hospital. Esto es si supera la cantidad de días autorizados.

Si descubrimos que más tiempo en el hospital no es médicamente necesario, le informaremos al hospital y al proveedor el día en que debe irse a su casa (fecha recomendada de alta). El hospital le informará nuestra decisión de forma oportuna.

Si decide permanecer en el hospital después de haber sido informado, no pagaremos por los servicios que reciba después de la fecha en la que creemos que debe irse a su casa (fecha recomendada de alta). Tendrá que pagar todos los cargos después de la fecha recomendada de alta.

Le enviaremos a usted, a su proveedor y al hospital una carta (notificación) por escrito sobre nuestra decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, puede apelar. Siga los pasos de la sección [Apelaciones](#) para apelar.

Admisiones de emergencia (no programadas)

Es su responsabilidad asegurarse de que sepamos acerca de una admisión de emergencia en el plazo de un día hábil a partir de la admisión. Salvo que no pueda hacerlo. Un ejemplo de admisión de emergencia es cuando usted es admitido en el hospital después de un accidente o una enfermedad grave. Una vez que sepamos, le ayudaremos a administrar sus beneficios hospitalarios.

También le ayudaremos a planificar durante la hospitalización y después de que se le dé el alta. Si no se asegura de que sepamos de una admisión de emergencia, es posible que sus reclamaciones no se paguen. O su cobertura puede ser denegada.

Procedimientos para pacientes ambulatorios

Unos ejemplos de entornos ambulatorios incluyen:

- Consultorios de proveedores.
- Centro de cirugía ambulatoria.
- Atención médica en el hogar.
- Entorno de hospicio en el hogar.



Los servicios para pacientes ambulatorios pueden prestarse en un hospital para pacientes ambulatorios o en otro centro. Esto podría significar un centro de cirugía ambulatoria.

Unos procedimientos realizados en un entorno ambulatorio deben ser aprobados previamente (autorizados previamente). Su proveedor de atención médica debe llamar y solicitar una autorización previa. Si se requiere una autorización previa para un procedimiento, su proveedor debe comunicarse con nosotros para solicitar la autorización antes de que se programe el procedimiento. Podemos pedirle más detalles a su proveedor. Esto es para decidir si el servicio es médicamente necesario.

Una autorización previa es válida solo para un lugar exacto y durante fechas exactas. Solo puede obtener el servicio aprobado en el lugar exacto y durante las fechas exactas indicadas en la autorización previa. Si no recibe el servicio durante las fechas específicas o si necesita más servicios, su proveedor debe comunicarse con nosotros de nuevo para pedir otra autorización.

Revisión hospitalaria concurrente

Mientras esté en el hospital, revisaremos su atención médica. Esto es para estar seguro de que esté recibiendo la atención y los servicios adecuados. Esto se llama revisión concurrente.

REVISIÓN RETROSPECTIVA DE UNA RECLAMACIÓN

Cuando se nos envían reclamaciones, podemos hacer una revisión retrospectiva de la reclamación para decidir si el servicio está cubierto. Una revisión retrospectiva de reclamaciones es cuando analizamos los cargos por servicios que ya se le han proporcionado. Hacemos esto para averiguar:

- Si los servicios fueron preautorizados, y
- Si la reclamación fue correcta (beneficio cubierto, cumple con la política médica, coincide con el servicio proporcionado y es médicamente necesario).

Podemos revisar sus registros médicos para ayudar a tomar decisiones de pago. Si decidimos que los servicios no están cubiertos, no pagaremos los cargos. Si el proveedor está en nuestra red y decidimos que la reclamación no debería haberse pagado, el proveedor no puede facturarle.

NECESIDADES DE ATENCIÓN CONTINUA

La atención continua se coordina a través de los servicios, tales como la administración de uso, el manejo de la atención y manejo de enfermedades.

Administración de uso

Creamos nuestro programa de administración de uso después de estudiar las pautas reconocidas a nivel nacional. La administración de uso se usa para decidir si usted está recibiendo la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado. No realizamos determinaciones de servicio cubierto ni determinaciones de revisión de uso basadas



en los fundamentos de creencias morales o religiosas.

Si un proveedor se niega a prestarle un servicio cubierto por motivos morales o religiosos, póngase en contacto con nosotros. Le ayudaremos a encontrar un proveedor diferente que le proporcione los servicios cubiertos que requiere.

Para entender mejor cómo el equipo de administración de uso decide si un servicio es médicamente necesario, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito). Si no está de acuerdo con una decisión y desea apelar, consulte la sección [Apelaciones](#).

Manejo de la atención y manejo de enfermedades

Nuestros equipos de manejo la atención y manejo de enfermedades están compuestos por profesionales de atención médica llamados coordinadores y gerentes de cuidado. Nuestro personal tiene una amplia variedad de antecedentes, experiencia y conocimiento. Esto le permite a nuestro equipo apoyar sus necesidades de atención médica únicas. Esto garantiza que se identifiquen las barreras y brechas. Y que usted esté conectado con los recursos adecuados para manejar mejor sus afecciones de salud.

El manejo de la atención es una forma en la que le ayudamos a manejar afecciones de salud crónicas y a coordinar la atención entre los proveedores. También podemos brindarle apoyo si está experimentando una transición de la atención, brindarle información sobre su salud y ayudarlo a navegar por el sistema de atención médica. Tener una persona de contacto con quien trabajar a menudo hace que las cosas sean mucho más fáciles de manejar. En un caso como este, un gerente de cuidado puede trabajar con usted para coordinar o facilitar la atención médica.

El programa de manejo de la atención trabaja para encontrar miembros que podrían beneficiarse del manejo de la atención lo antes posible. El gerente de cuidado trabaja para crear un plan de atención para usted. También ayudarán a poner el plan de atención en acción y se asegurarán de que funcione. Ellos se aseguran de que usted esté recibiendo la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado. También ayudan a asegurarse de que sus proveedores se comuniquen entre sí.

Las intervenciones de manejo de la atención y las metas del plan de atención están diseñadas para satisfacer sus necesidades únicas.

Participación en el manejo de la atención

Hay muchas maneras de ingresar en el programa de manejo de la atención.

- Podemos identificarlo y comunicarnos con usted por teléfono o por correo. También puede inscribirse para recibir mensajes de bienestar por mensaje de texto.
- Los proveedores pueden referirlo.
- Puede llamarnos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).



DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS

Las directivas médicas anticipadas indican qué tipo de atención médica desea recibir si se enferma o lesiona demasiado para hablar o pensar con claridad. Directivas médicas anticipadas:

- Protegen su derecho a tomar decisiones y opciones médicas sobre su atención médica.
- Ayuden a los miembros de la familia a tomar decisiones cuando usted no pueda.

Puede aprender más sobre las leyes estatales que se aplican a las directivas médicas anticipadas en coaccess.com/members/services/.

EL DEFENSOR PARA EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

La oficina del Defensor para el acceso a la atención de salud conductual actúa como una parte neutral para ayudar a los miembros y proveedores de atención médica con problemas relacionados con el acceso a la atención de salud conductual. CHP+ está sujeto a la Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA).

Cómo comunicarse con el defensor para el acceso a la atención a la salud del comportamiento

Una denegación, restricción o retención de beneficios para servicios de salud conductual que están cubiertos podría ser una posible violación de la MHPAEA. Si tiene o está experimentando un problema de acceso a la atención de salud conductual, puede comunicarse con:

El defensor para el acceso a la atención de salud conductual

Teléfono: 303-866-2789

Correo electrónico: ombuds@bhoco.org

Hágales saber que es miembro de CHP+. Dígales cuál es el problema. Trabajarán con usted para solucionarlo.

8: Coordinación de beneficios y subrogación

La elegibilidad para CHP+ depende de la ausencia de otra cobertura de seguro. Esto excluye el Programa de Cuidado de Indigentes de Colorado (Colorado Indigent Care Program) y el Programa de Cuidado de la Salud para Niños con Necesidades Especiales (Health Care Program for Children with Special Needs, HCP). Si está cubierto por cualquier otra cobertura válida, no es elegible para CHP+. Esto incluye Health First Colorado y cobertura individual no grupal. Las excepciones a esta regla son Medicare, atención dental, atención oftalmológica y COBRA.

Si obtiene otra cobertura, debe llamar al Programa de Asistencia Médica de Colorado. Llámelos al 800-359-1991. O llámenos al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Si se determina que usted tiene otro seguro, la cobertura de CHP+ finalizará (terminará). En unos casos, la cobertura terminará retroactivamente durante el período en que el otro seguro estaba vigente. Esto significa que regresaremos y finalizaremos su cobertura en la fecha en que su otro seguro entró en vigencia (comenzó). Puede ser responsable de pagar cualquier servicio médico que haya recibido durante ese tiempo.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Coordinaremos los beneficios para los miembros de CHP+ que tienen Medicare como su cobertura de seguro principal, otro seguro principal (por un período temporal) o un plan dental, oftalmológico o COBRA independiente. En este caso, pagaremos como secundario.

COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Para obtener beneficios en virtud del seguro de indemnización por una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, debe ejercer sus derechos en virtud de la Ley de Compensación de Trabajadores o cualquiera de las leyes de responsabilidad del empleador que puedan aplicarse. Esto incluye presentar una apelación ante la División de Compensación de Trabajadores. Podemos pagar reclamaciones durante el proceso de apelación si usted firma un acuerdo que establece que nos reembolsará hasta el 100% de los beneficios pagados que también se pagan por otra fuente.

Los servicios y suministros que resulten de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo no son beneficios en virtud de este folleto.

Esta exclusión de la cobertura se aplica a los gastos resultantes de accidentes o enfermedades ocupacionales cubiertos en virtud de lo siguiente:

- Leyes de enfermedades ocupacionales.
- Seguro de responsabilidad civil del empleador.
- Leyes municipales, estatales o federales.
- Ley de Compensación de los Trabajadores.



No pagaremos los servicios relacionados con las reclamaciones de compensación del trabajador por los siguientes motivos:

- Usted no presenta una reclamación dentro del período de presentación permitido por la ley aplicable.
- Obtiene atención que no está autorizada por el seguro de indemnización laboral.
- Su empleador no cuenta con el seguro de compensación laboral requerido. En este caso, el empleador asume la responsabilidad por cualquiera de sus gastos por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Usted no cumple con cualquier otra disposición de la Ley de Compensación del Trabajador.

DISPOSICIONES DE SEGURO DEL AUTOMÓVIL

Coordinaremos los beneficios de CHP+ con los beneficios de una póliza de seguro de automóvil conforme. Esto es una póliza de seguro aprobada por la División de Seguros de Colorado que provee al menos la cobertura mínima requerida por la ley y está sujeta a la Ley de Reparación de Accidentes de Automóviles de Colorado o a los Estatutos Revisados de Colorado §§ 10-4-601 a 10-4-633. Cualquier ley estatal o federal que requiera beneficios similares a través de la legislación o reglamento de la ley federal o estatal, también se considera una póliza de cumplimiento.

CÓMO CHP+ COORDINA LOS BENEFICIOS CON PÓLIZAS DE CUMPLIMIENTO

Los beneficios de CHP+ pueden coordinarse pólizas de cumplimiento (su otro seguro permitido). Después de que se agoten los beneficios ofrecidos por la póliza de cumplimiento (se agotan), pagaremos los beneficios sujetos a los términos y condiciones de este folleto. Si hay más de una póliza de cumplimiento que ofrece cobertura, cada póliza debe agotarse antes de que CHP+ sea responsable de cualquier pago adicional.

Debe cooperar plenamente con nosotros para estar seguro de que la póliza de cumplimiento ha pagado todos los beneficios requeridos. Podemos requerirle que se someta a un examen físico en caso de conflicto. Si hay una póliza de cumplimiento vigente y usted renuncia o no hace valer sus derechos a dichos beneficios, este plan no pagará los beneficios que habrían estado disponibles bajo una póliza de cumplimiento.

Nota: Antes de efectuar el pago de los beneficios, podemos requerir una prueba de que la póliza de cumplimiento ha pagado todos los beneficios primarios.

También podemos, aunque no estamos obligados a ello, hacer pagos en virtud de este folleto y posteriormente coordinarnos con la póliza de cumplimiento o pedir el reembolso a la póliza de cumplimiento. En todos los casos, al momento del pago, tenemos derecho a ejercer nuestros derechos en virtud de este plan. Además, en virtud de la ley aplicable contra todas las partes o aseguradoras potencialmente responsables. En ese caso, podremos ejercer los derechos de la sección [Otra información legal](#).

Si no tiene otra póliza

Pagaremos beneficios por cualquier lesión que sufra al viajar en u operar un vehículo automotor de su propiedad. Esto es si el vehículo no está cubierto por una póliza de cumplimiento de automóvil según lo exige la ley. También pagaremos beneficios en virtud de los términos de este folleto por cualquier lesión que sufra. Esto es si usted es un operador que no es propietario, pasajero o peatón involucrado en un accidente automovilístico. Esto es si sus lesiones no están cubiertas por una póliza de cumplimiento. En ese caso, podremos ejercer los derechos de esta sección.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS: SUBROGACIÓN

Responsabilidad de terceros significa que alguien que no sea usted es o puede ser legalmente responsable de su afección o lesión. No pagaremos ningún servicio o suministro en virtud de este folleto del cual un tercero sea responsable.

Sin embargo, podemos proporcionar beneficios en estas condiciones:

- Cuando se establece que no existe responsabilidad de terceros.
- Cuando usted garantiza por escrito reembolsarnos cualquier reclamación que hayamos pagado en su nombre si el tercero posteriormente llega a un acuerdo con usted por cualquier monto. Así mismo si usted recupera algún daño o perjuicio en un tribunal.

Derechos de CHP+ en virtud de la responsabilidad de terceros

Tenemos derechos de subrogación cuando un tercero es o puede ser responsable de los costos de cualquier gasto cubierto pagadero a usted o en su nombre en virtud de este folleto. Esto significa que tenemos el derecho, ya sea como co-demandantes o por demanda directa, de hacer cumplir su reclamación contra un tercero por los beneficios que se le pagaron a usted o en su nombre.

Obligaciones de los miembros en virtud de la responsabilidad de terceros

Usted tiene la obligación de cooperar para satisfacer nuestro interés de subrogación. O abstenerse de tomar cualquier medida que pueda perjudicar nuestros derechos en virtud de este folleto. Si debemos tomar medidas legales para defender nuestros derechos, y si prevalecemos en esa acción, se le exigirá que pague nuestros gastos legales. Esto incluye honorarios de abogados y costas judiciales.

Si un tercero es o puede ser responsable (responsable) de hacer pagos a usted o en su nombre por cualquier beneficio que esté disponible en virtud de CHP+, debe pasar lo siguiente:

- Debe notificarnos de inmediato, por escrito, su reclamación contra el tercero.
- Usted y su abogado deben proporcionar el monto de los beneficios pagados por CHP+ en cualquier acuerdo con el tercero de la compañía de seguros del tercero.
- Si recibe dinero por la reclamación mediante demanda, acuerdo o de otro modo, debe reembolsarnos completamente el monto de los beneficios que se le otorgan en virtud



de este certificado. No puede excluir la recuperación de los beneficios de atención médica de CHP+ de ningún tipo de daños o conciliación que haya recuperado.

- Debe cooperar en todas las formas necesarias para ayudarnos a hacer cumplir nuestros derechos de subrogación.
- Usted tiene la responsabilidad de seguir cualquier proceso de un tercero responsable pagador antes de recibir servicios que no sean de emergencia.

Nota: Si no cumple con las obligaciones en esta sección, podría resultar en la cancelación de la cobertura en virtud de este folleto.

9: Quejas (Reclamos)

Infórmenos si no está satisfecho con CHP+, nuestros proveedores o sus servicios. Usted tiene derecho a expresar una inquietud sobre cualquier cosa con la que no esté satisfecho. Esto es una queja (también llamada reclamación).

No perderá sus beneficios de CHP+ si expresa una inquietud o presenta una queja. Es la ley.

Llámenos si requiere ayuda para presentar una queja. Podemos ayudarlo. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

Unos ejemplos de quejas son:

- La recepcionista fue grosera con usted.
- Su proveedor no le permite ver sus registros de salud mental.
- Su plan de servicio no tiene las cosas en las que desea trabajar.
- No pudo conseguir una cita cuando la necesitaba.

OBTENGA AYUDA CON SU QUEJA

Es posible que alguien lo ayude y lo represente cuando presente una queja. Este es un representante designado del cliente. Esta es una persona que usted elige para hablar por usted cuando tiene una inquietud o una apelación. Podría ser un proveedor, un defensor, un abogado, un familiar o alguna otra persona en la que confíe.

Si hace que alguien sea su representante, debe hacerlo por escrito. Incluya su nombre, dirección y número de teléfono. Esto es para que podamos comunicarnos con ellos durante el proceso de investigación.

También tenemos un formulario que puede usar.

Ellos no verán sus registros médicos ni obtendrán información sobre su situación. Debe firmar el formulario si desea que ellos tengan información sobre usted. Llámenos para obtener el formulario. O búsquelo en coaccess.com/members/services/forms.

Cómo presentar una queja ante CHP+

Podemos ayudarle a presentar su queja. Llámenos si necesita ayuda para presentar su queja.

Usted o su representante pueden llamarnos o escribirnos. Puede hacerlo en cualquier momento. También puede usar el formulario de quejas de los miembros en nuestro sitio web en coaccess.com/members/services/forms.

Colorado Access
Member Grievances
P.O. Box 17950
Denver, Colorado 80217-0950

Teléfono: 800-511-5010 (número gratuito)

Incluya su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación (ID) del estado. Esto se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de CHP+.

¿Qué sucede cuando presento una queja?

- Después de recibir su llamada telefónica o carta, le enviaremos una carta. Esto será en un plazo de dos días hábiles. La carta dirá que recibimos su queja.
- Revisaremos su queja. Podemos hablar con usted o su representante. Podemos hablar con las personas que formaron parte de la situación. También podemos ver sus registros médicos.
- Alguien que no formaba parte de la situación que le preocupa y que tiene la experiencia adecuada, revisará su queja.
- Dentro de los 15 días hábiles después de recibir su queja, le enviaremos otra carta. Esta carta dirá lo que encontramos y cómo lo solucionamos. O le hará saber que necesitamos más tiempo. Recibirá una carta nuestra después de que finalicemos la revisión. Si no está de acuerdo con que necesitamos más tiempo, puede presentar una queja sobre el período extendido para resolver la queja.
- Trabajaremos con usted o su representante para intentar encontrar la solución que mejor se adapte a sus necesidades. A veces, es posible que no podamos solucionar un problema.

Cómo comunicarse con the Department of Health Care Policy and Financing

Si no está satisfecho con nuestra revisión, usted o su representante pueden comunicarse con el Departamento de políticas y financiamiento de la atención médica de Colorado (HCPF). Realizarán otra revisión. Su decisión sobre su inquietud es definitiva. Usted o su representante pueden llamar o escribir a HCPF e informarle que usted ha presentado una queja.

Gerente de contratos de MCO de CHP+ del Departamento
de políticas y financiamiento de la atención médica
1570 Concesión St.
Denver, Colorado 80203
Teléfono: 303-866-3586

Hágales saber que es miembro de CHP+. Dígales cuál es el problema y cómo desea que se solucione.

HCPF revisará su queja. Trabjará con usted para encontrar una solución. Recibirá una carta de HCPF. Esta carta va a explicar los resultados de la revisión. Esta decisión es definitiva.

10: Apelaciones

Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nosotros cuando rechazamos un servicio o rechazamos el pago de los servicios.

Puede apelar cualquiera de las siguientes acciones:

- Cuando rechazamos o limitamos un tipo o nivel de servicio que usted solicitó.
- Cuando reducimos, suspendemos o detenemos un servicio que fue aprobado anteriormente.
- Cuando rechazamos el pago de cualquier parte de un servicio.
- Cuando no proporcionamos o autorizamos (aprobamos) servicios de manera oportuna.
- Cuando no actuamos dentro de los plazos requeridos por el estado para proporcionarle notificaciones.
- Si vive en un área rural y rechazamos su solicitud de buscar atención fuera de nuestra red. No perderá sus beneficios de CHP+ si expresa una inquietud o presenta una apelación.

Si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación, llámenos. Podemos ayudar. Llámenos al 844-683-1072. Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).

OBTENGA AYUDA CON SU APELACIÓN

Es posible que alguien lo ayude y lo represente cuando presente una apelación. Este es un representante designado del cliente. Esta es una persona que usted elige para hablar por usted cuando tiene una apelación. Podría ser un proveedor, un defensor, un abogado, un familiar o alguna otra persona en la que confíe.

Si hace que alguien sea su representante, debe hacerlo por escrito. Incluya su nombre, dirección y número de teléfono. Esto es para que podamos comunicarnos con ellos durante el proceso de investigación.

Ellos no verán sus registros médicos ni obtendrán información sobre su situación. Debe firmar un formulario si desea que ellos tengan información sobre usted. Llámenos para obtener el formulario. O búsquelo en coaccess.com/members/services/forms.

CÓMO SOLICITAR UNA APELACIÓN:

Podemos ayudarle a presentar su apelación. Llámenos si necesita ayuda.

- Usted o su representante deben pedir una apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta en la que se indica la medida que hemos



tomado o tenemos previsto tomar.

- **Llámenos para iniciar su apelación.** Usted o su representante pueden llamar a nuestro departamento de apelaciones. Dígales que usted es miembro de CHP+. Infórmeles que desea presentar una apelación.
- Usted o su representante pueden pedir una apelación “urgente” o acelerada si usted está en el hospital. O si cree que esperar una apelación regular perjudicaría su vida o su salud.
- Puede pedir una apelación por teléfono, correo postal, fax o correo electrónico:
Colorado Access
11100 East Bethany Drive
Aurora, CO 80014
Teléfono: 844-683-1072
Fax: 844-683-1071
Correo electrónico: clinicalappeals@coaccess.com
- Si envía una carta en lugar de llamar, debe estar firmada por usted o su representante. Podemos ayudarle con la carta.
- Usted o su representante pueden informarnos en persona o por escrito por qué cree que debemos cambiar nuestra decisión o acción. Usted o su representante también pueden proporcionarnos cualquier información o registro que considere que pueda ayudar a su apelación. Usted o su representante pueden hacer preguntas. Usted o su representante también pueden pedir los criterios o la información que hemos usado para tomar nuestra decisión. Usted o su representante pueden ver nuestros registros que están relacionados con su apelación. Si la decisión o acción que usted apela es sobre una denegación o cambio de servicios, un médico revisará su historial médico y otra información. Este médico no será el mismo que tomó la primera decisión.

Qué sucede cuando presenta una apelación

Después de recibir su llamada telefónica o carta, le enviaremos una carta. Esto será en un plazo de dos días hábiles. Esta carta le informará que recibimos su solicitud de apelación.

Tomaremos una decisión. Le informaremos en un plazo de 10 días hábiles a partir del día en que recibamos su solicitud. Salvo que se agilice (sea urgente). Le enviaremos una carta para comunicarle la decisión. También le informaremos el motivo de la decisión.

Si necesitamos más información de su médico, le enviaremos una carta para informarle que estamos extendiendo nuestra revisión. Esto no durará más de 14 días calendario. Si no está de acuerdo con la revisión extendida, puede presentar una queja.

APELACIONES ACELERADAS (“URGENTES”)

Si considera que esperar una apelación afectaría seriamente su vida o su salud mental, es



posible que necesite una decisión rápida de nuestra parte. Usted o su representante pueden pedir una apelación acelerada (urgente). Para una apelación urgente, se toma una decisión dentro de las 72 horas. Esto es en lugar de 10 días hábiles para una apelación regular.

Tomaremos nuestra decisión sobre una apelación acelerada en un plazo de tres días hábiles. Esto significa que usted o su representante tienen poco tiempo para ver nuestros registros y poco tiempo para proporcionarnos información. Puede proporcionarnos información en persona o por escrito.

Durante este tiempo, sus servicios seguirán siendo los mismos.

Si su solicitud de apelación urgente es rechazada, lo llamaremos lo antes posible para informarle. También le enviaremos una carta en un plazo de dos días calendario. Luego revisaremos su apelación de la forma habitual. Recibirá una carta que le informará la decisión sobre la apelación y la razón de la decisión.

Si no está satisfecho con el resultado de la apelación acelerada, o cualquier apelación, tiene derecho a pedir una revisión estatal.

CÓMO SOLICITAR UNA REVISIÓN ESTATAL

Una revisión estatal también se llama audiencia imparcial estatal. Significa que un juez de derecho administrativo estatal (administrative law judge, ALJ) revisará nuestra decisión o acción. Puede pedir una revisión estatal:

- Después de que complete nuestro proceso de apelación; o
- Si no está satisfecho con nuestra decisión sobre su apelación; o
- No le enviamos una carta sobre nuestra decisión o no cumplimos con los plazos para abordar su apelación.

La solicitud debe hacer dentro de los 120 días de la fecha que figura en nuestra carta de decisión de apelación (determinación adversa de beneficios). **Una solicitud de revisión estatal debe hacer por escrito.**

No perderá los beneficios de CHP+ si tiene una preocupación, presenta una queja, una apelación o pide una revisión estatal. Es la ley.

- Si usted o su representante desean pedir una revisión estatal, usted o su representante pueden escribir a:

Office of Administrative Courts
1525 Sherman St., Fourth Floor
Denver, CO 80203

Teléfono: 303-866-2000

Fax: 303-866-5909

La Oficina de Tribunales Administrativos le enviará una carta en la que se explica el proceso.



Ellos también fijarán una fecha para su audiencia.

Puede hablar por sí mismo en una revisión estatal. O puede hacer que un representante hable por usted. Un representante puede ser un abogado, un pariente, un defensor u otra persona. El juez revisará nuestra decisión o acción. Luego, el juez tomará una decisión. La decisión del juez es definitiva.

Si desea ayuda con cualquier parte del proceso de apelación, llámenos. Podemos ayudarle con cualquier pregunta que tenga. También podemos ayudarle a presentar una apelación. Llámenos al 800-511-5010. Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803- 4494 (número gratuito).

11: Otra información legal

EVENTOS CATASTRÓFICOS

En caso de incendio, inundación, guerra, disturbios civiles, orden judicial, huelga, acto de terrorismo u otras causas ajenas a nuestro control, es posible que no podamos tramitar las reclamaciones a tiempo. No se puede tomar ninguna medida legal o demanda contra nosotros debido a un retraso causado por cualquiera de estos eventos.

CAMBIOS EN EL FOLLETO DE BENEFICIOS PARA MIEMBROS DE CHP+

Solo Colorado Access puede hacer cambios a este folleto de beneficios para miembros de CHP+. Administraremos el folleto de beneficios para miembros de CHP+ en estricta conformidad con sus términos tal como están escritos. Las declaraciones orales o escritas no reemplazan los términos de este folleto de beneficios para miembros de CHP+.

PREVENCIÓN DEL FRAUDE

Puede ayudar a prevenir el fraude haciendo lo siguiente:

- Sea cauteloso si su proveedor le ofrece renunciar a su copago. Esta práctica por lo general es ilegal. Consulte la [sección 4 sobre costos compartidos](#) para aprender más. Esta sección muestra los momentos en que se aplican copagos de \$0.
- Tenga cuidado con los laboratorios de pruebas de salud móviles. Pregunte a qué compañía de seguros se le cobrará primero por la prueba.
- Lea siempre y familiarícese con este folleto de beneficios para miembro de CHP+. Si hay alguna diferencia entre lo que está en el folleto de beneficios para miembros de CHP+ y el tratamiento que se le ofrece o las facturas que se le envían, llámenos. Llame al 800-511-5010 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (número gratuito).
- Tenga mucho cuidado al proporcionar cualquier información sobre su cobertura de seguro CHP+ por teléfono a cualquier persona que no sea nosotros o su proveedor.

Puede ser víctima de robo de identidad médica o fraude si:

- Recibe una factura por un servicio médico que no recibió.
- Un cobrador de deudas se comunica con usted para informarle sobre facturas médicas que usted no adeuda.
- Recibe avisos de cobro en su informe de crédito por servicios médicos que usted no reconoce.
- Se le han prometido artículos gratuitos, como equipos médicos o tarjetas de regalo a cambio de entregar su identificación médica a alguien.



Si sospecha de fraude por parte de un proveedor o de cualquier otra persona, llámenos. Llame a nuestra línea de atención al cumplimiento al 877-363-3065.

No tendrá que dar su nombre o número de miembro cuando llame al número de la línea directa. Salvo que usted desee proporcionar dicha información.

CONTRATISTAS INDEPENDIENTES

Tenemos contratos con proveedores de atención médica que les permiten ofrecerle tratamiento. Estos proveedores no pueden hacerle ninguna promesa a nombre de CHP+. No tenemos control sobre ningún diagnóstico, tratamiento, atención u otro servicio que le preste cualquier proveedor. No somos responsables de ninguna reclamación relacionada con lesiones sufridas por usted mientras recibe atención de cualquier proveedor.

También podemos contratar a ciertas compañías que pueden proporcionarle servicios especializados en algunas áreas, como medicamentos recetados o servicios para el trastorno por uso de sustancias.

SIN RETENCIÓN DE COBERTURA PARA LA ATENCIÓN NECESARIA

- No compensamos, recompensamos ni incentivamos, económicamente o de otro modo, a los proveedores por restricciones inadecuadas de la atención.
- No promovemos ni de ninguna otra forma incentivamos a los empleados o revisores proveedores para que retengan la aprobación de beneficios para los servicios médicamente necesarios a los que usted tiene derecho.
- La revisión de utilización y las decisiones de cobertura de beneficios se basan en la necesidad médica de atención y servicio y los términos aplicables de este folleto de beneficios para miembros de CHP+.
- Nosotros no diseñamos, calculamos ni permitimos incentivos financieros o de otro tipo basados en la frecuencia de las denegaciones de autorización de cobertura, las reducciones o los límites de la duración de la estancia en el hospital, los servicios médicos o los cargos, o las llamadas telefónicas u otros contactos con los proveedores de atención médica o los miembros.

EXÁMENES FÍSICOS Y AUTOPSIAS

Tenemos el derecho y la oportunidad, a nuestro cargo, de pedir un examen de una persona cubierta por CHP+ cuando y tantas veces como sea razonablemente necesario durante la revisión de un caso o reclamación. Al fallecer un miembro, podemos pedir una autopsia donde no esté prohibido por ley.

ENVÍO DE AVISOS

Todas las notificaciones a los miembros se consideran enviadas y recibidas por usted cuando



se depositan en el correo del Servicio Postal de los Estados Unidos con franqueo pagado y dirigidas a usted a la última dirección que figura en nuestros registros de membresía.

PLAZO PARA CIERTAS DEFENSAS

Después de un año a partir del comienzo de su cobertura de CHP+, no se usan declaraciones inexactas hechas por usted durante el proceso de solicitud para finalizar la cobertura o para rechazar una reclamación o una discapacidad. Salvo que la declaración se haga de forma fraudulenta. Las declaraciones realizadas de forma fraudulenta pueden afectar la cobertura y las reclamaciones.

A partir de un año después de la fecha de emisión de esta póliza, ninguna reclamación por una pérdida incurrida o discapacidad, según se define en la póliza, se reducirá o denegará sobre la base de que una enfermedad o afección física no excluida específicamente por su nombre, o por descripción específica existía antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de esta póliza.

12: Glosario

Esta sección define las palabras y los términos usados en este folleto. Debe consultar esta sección para averiguar exactamente cómo se usa una palabra o un término en este folleto.

Administrador de atención/administrador de casos: Un profesional (por ejemplo, un enfermero, un médico o un trabajador social) que trabaja con miembros, proveedores y CHP+ para coordinar los servicios que se consideran médicamente necesarios para el miembro.

Admisión: El período de tiempo entre la fecha en que un paciente ingresa en un centro como paciente hospitalizado y la fecha en que recibe el alta como paciente hospitalizado.

Agencia de salud en el hogar: Una agencia certificada por el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado que cumple con las disposiciones del Título XVIII de la “Ley de Seguridad Social” Federal, y sus enmiendas, para agencias de salud en el Hogar. Una agencia de salud en el hogar principalmente se dedica a coordinar y prestar servicios de enfermería, servicios de asistencia médica en el hogar y otros servicios terapéuticos y relacionados.

Ambulancia: Un vehículo especialmente diseñado y equipado usado sólo para transportar a enfermos y heridos. Debe tener equipos habituales de seguridad y para salvar vidas. Estas son cosas como artículos de primeros auxilios y equipos de oxígeno. El vehículo debe ser operado por personal capacitado y autorizado como una ambulancia.

Año calendario: Período de un año que comienza en enero y termina en diciembre.

Anormalidad congénita: Una afección que es reconocible al momento del nacimiento, tal como un brazo fracturado.

Aparato ortopédico: Es un soporte rígido o semirrígido usado para eliminar, restringir o apoyar el movimiento en una parte del cuerpo que está enferma, lesionada, débil o tiene defectos.

Apelación: Un proceso para reconsiderar nuestra decisión con respecto a la reclamación o autorización previa de un miembro.

Área de servicio de CHP+: El área geográfica donde está disponible la inscripción en CHP+ ofrecida por Colorado Access.

Asesoramiento/evaluación de nutrición: Terapia nutricional médica proporcionada por un profesional de nutrición calificado, como un dietista registrado con capacitación en nutrición pediátrica. Los servicios prestados por un dietista registrado pueden requerir nuestra autorización previa. La terapia de nutrición médica incluye evaluación de la nutrición, apoyo y asesoramiento para decidir un plan de tratamiento para aumentar la ingesta nutricional para promover el crecimiento adecuado, la curación y la mejora de la salud.

Asistente quirúrgico: Es el asistente del cirujano principal que proporciona los servicios de cirugía requeridos durante un procedimiento quirúrgico cubierto. CHP+, a su entera discreción, determina qué cirugías requieren o no un asistente quirúrgico.

Atención administrada: Un sistema de prestación de atención médica. Las metas de la atención administrada son proporcionar a los miembros acceso a atención médica rentable y de calidad, a la vez que se optimiza la utilización y el costo de los servicios, y medir el desempeño del proveedor y la cobertura.

Atención alternativa/complementaria: Prácticas terapéuticas de sanación o tratamiento de enfermedades que actualmente no se consideran como parte integral de la práctica médica convencional. Las terapias se denominan complementarias cuando se usan además de los tratamientos convencionales. También cuando se usan como alternativa en lugar de tratamientos convencionales. La medicina alternativa incluye, entre otras, las medicinas orientales como la china o la ayurvédica, los tratamientos con hierbas, la terapia vitamínica, la medicina homeopática, la naturopatía, la curación por la fe y otros remedios no tradicionales para tratar enfermedades o afecciones.

Atención de cuidados paliativos: Una forma alternativa para el cuidado de individuos con enfermedades terminales que necesitan cuidados paliativos. La atención de cuidados paliativos se centra en el paciente/familia como la unidad de atención. A la familia se le ofrecen servicios de apoyo antes y después del fallecimiento del paciente. La atención de cuidados paliativos responde a las necesidades físicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente y de su familia.

Atención de custodia: Esta cobertura no cubre la atención principalmente con el fin de asistirlo en las actividades de la vida diaria o para satisfacer necesidades personales en lugar de necesidades médicas, y que no es un tratamiento específico para una enfermedad o lesión. No se puede esperar que la atención de custodia mejore sustancialmente una afección médica. Tiene un valor terapéutico mínimo. La atención puede ser de custodia, independientemente de si es recomendada o brindada por un profesional. Y si se hace o no en un centro (por ejemplo, un hospital o centro de enfermería especializada) o en el hogar. Unos ejemplos de atención de custodia incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ayuda para caminar, bañarse o vestirse
- Traslado o colocación en la cama
- Administración de medicamentos autoadministrados o autoinyectables
- Preparación de comidas
- Ayuda para comer
- Higiene bucal
- Cuidado de rutina de la piel y las uñas
- Succión
- Ayudarlo cuando vaya al baño (aseo)
- Supervisión del equipo médico de su uso



Atención de rutina: Servicios para afecciones que no requieren atención inmediata. Además, por lo general, eso puede recibirse en el consultorio del PCP, o servicios que generalmente se hacen periódicamente dentro de un plazo específico (por ejemplo, vacunas y exámenes físicos).

Atención fuera del horario de atención: Servicios de consultorio solicitados después del horario de atención normal o publicado de un proveedor o servicios solicitados los fines de semana y días feriados.

Atención médica: Servicios de atención médica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lesiones y otras afecciones.

Atención médica para pacientes ambulatorios: Servicios no quirúrgicos proporcionados en el consultorio de un proveedor, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital u otro establecimiento, o en el hogar del paciente.

Atención médica subaguda: Atención médica que requiere menos atención que un hospital. Pero a menudo más atención que un centro de enfermería especializada. La atención médica subaguda puede ser en forma de atención de transición cuando la afección de un paciente está mejorando, pero el paciente no está listo para un centro de enfermería especializada o atención médica domiciliaria.

Atención preventiva: Atención integral que se enfoca en la prevención, la detección temprana y el tratamiento temprano de afecciones por medio de exámenes físicos de rutina, vacunas y educación para la salud.

Atención urgente: Es la atención prestada a personas que requieren atención médica inmediata, pero cuya condición no pone en peligro la vida (no es una emergencia).

Autorización: Aprobación de los beneficios de un procedimiento o servicio cubierto. Consulte también Autorización previa.

Autorización previa: Es un proceso durante el cual se revisan las solicitudes de procedimientos, servicios o ciertos medicamentos recetados antes de ser entregados, para la aprobación de beneficios, duración de la estadía, ubicación adecuada y necesidad médica. Para los medicamentos recetados, el comité de farmacia y terapéutica de CHP+ designado define los medicamentos y los criterios para la cobertura. Esto incluye la necesidad de autorización previa para ciertos medicamentos.

Beneficio máximo: No hay un beneficio máximo de por vida bajo CHP+. Sin embargo, ciertos servicios cubiertos tienen límites de beneficios máximos por admisión, por año calendario, por diagnóstico o según se define específicamente en este folleto.

Cargos facturados: El monto en dólares que un proveedor factura por servicios o suministros. Esto es antes de los descuentos o ajustes aplicables para proveedores dentro de la red.

Centro de atención aguda a largo plazo: Una institución que ofrece una variedad de cuidados intensivos a largo plazo si padece enfermedades o lesiones graves. Los cuidados agudos a

largo plazo son para miembros con necesidades médicas complejas. Entre ellos se encuentran los pacientes con afecciones pulmonares de alto riesgo que piden un respirador o una traqueotomía o que son médicamente inestables, los pacientes con necesidades de cuidado de heridas extensas o necesidades de cuidado de heridas postoperatorias y los pacientes con lesiones cerradas en la cabeza de bajo nivel. Los centros de atención aguda a largo plazo no dan atención a pacientes cuyas necesidades sean de baja intensidad.

Centro de enfermería especializada: Institución que provee atención de enfermería especializada (por ejemplo, terapias y supervisión de protección para pacientes con enfermedades no controladas, inestables o crónicas). Se otorga atención de enfermería especializada bajo supervisión médica para llevar a cabo tratamiento no quirúrgico de enfermedades crónicas o etapas de convalecencia de enfermedades o lesiones agudas. Los centros de enfermería especializada no proporcionan atención a los pacientes con necesidades médicas muy intensivas ni a los pacientes que son médicamente inestables.

Centro de tratamiento de trastornos por uso de sustancias: Es un centro de tratamiento y/o manejo de abstinencia autorizado por el estado para tratar trastornos por uso de sustancias.

Cirugía: Es cualquier variedad de procedimientos técnicos para el tratamiento o el diagnóstico de una enfermedad o lesión anatómica, lo que incluye, entre otras cosas, corte, micro cirugía (uso de sondas), procedimientos con láser, injerto, sutura, yesos, tratamiento de fracturas y dislocaciones, destrucción eléctrica, química o médica del tejido, exámenes endoscópicos, procedimientos de Anestesia epidurales y otros procedimientos invasivos. Los servicios quirúrgicos cubiertos incluyen también la anestesia habitual y la atención pre y postoperatoria. Esto incluye la reestructuración.

Cirugía electiva: Un procedimiento que no tiene que hacer en casos de emergencia y que puede ser retrasado de forma razonable. Dicha cirugía aún puede ser considerada como médicamente necesaria.

Cirugía reconstructiva: Cirugía que restaura o mejora la función corporal al nivel experimentado antes del evento que requirió la cirugía o, en el caso de un defecto congénito, a un nivel considerado normal. La cirugía reconstructiva puede tener un efecto cosmético coincidente.

Cirugía reconstructiva del seno: Un procedimiento quirúrgico realizado después de una mastectomía en uno o ambos senos para restablecer la simetría entre los dos pechos. El término incluye, pero no se limita a, mamoplastía de aumento, mamoplastía de reducción o mastoplastías.

Condición de salud mental: Condiciones mentales sin base biológica que tienen un diagnóstico psiquiátrico o que requieren tratamiento psicoterapéutico específico. Esto es independientemente de la afección subyacente (por ejemplo, depresión secundaria a diabetes o depresión primaria). Definimos las afecciones de salud mental según las pautas de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Consejo asesor de miembros (Member advisory council, MAC): Este es un grupo donde se

pueden escuchar las voces de los miembros. Este es un grupo de personas diversas que tienen Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) o Child Health Plan *Plus* (CHP+). El MAC es un foro para hablar sobre ideas, temas e inquietudes de los miembros.

Consulta: Una visita entre un proveedor y un paciente para determinar qué exámenes o procedimientos médicos, si los hubiera, son apropiados y necesarios.

Consulta de niños sanos: Es una visita del proveedor que incluye los siguientes componentes: un examen físico apropiado para la edad, historial, orientación anticipada y educación (por ejemplo, examinar el funcionamiento y la dinámica de la familia, asesoramiento para la prevención de lesiones, discutir cuestiones de alimentación, revisar los comportamientos apropiados para la edad, la salud mental y más), y la evaluación del crecimiento y el desarrollo. En el caso de los niños de más edad, esto incluye también asesoramiento sobre seguridad y educación sanitaria.

Copago: Un monto en dólares que usted paga para obtener un servicio, suministro o medicamento recetado específico. Un copago es un monto predeterminado y fijo que se paga en el momento en que se presta el servicio. El monto del copago está impreso en la tarjeta de identificación de miembro de CHP+.

Costo compartido: Término general usado para los gastos de desembolso directo pagados por un miembro. Un copago es un tipo de costo compartido.

Cryocuff: Una almohadilla específicamente diseñada que tiene una bomba. La bomba mueve el fluido a través de la almohadilla. El fluido provee una terapia de frío o calor constante a un área específica.

Cuidado Intensivo: La atención prestada en un consultorio, en un entorno de atención urgente, en una sala de urgencias o en un hospital por una enfermedad, un accidente o una lesión médica. El cuidado intensivo puede ser una emergencia, urgente o no urgente, pero no es usualmente de naturaleza preventiva.

Cuidados paliativos: Cuidados que controlan el dolor y alivian los síntomas, pero no curan.

Defecto congénito: Una afección o anomalía que existe en el nacimiento o en fechas desde el nacimiento, como paladar hendido o pie zambo. Los trastornos de crecimiento y desarrollo con el tiempo no se consideran como congénitos.

Diálisis: El tratamiento de la enfermedad renal aguda o crónica. Durante la diálisis, las impurezas se quitan del cuerpo. Esto se hace con equipos de diálisis.

Dispositivo anticonceptivo implantable: Dispositivo insertado debajo de la piel que evita el embarazo.

DIU: Es dispositivo intrauterino. Este es un dispositivo anticonceptivo que se inserta en el útero para evitar el embarazo.

Dolor crónico: Dolor continuo que dura más de seis meses debido a causas que no ponen en riesgo la vida. Y no ha respondido a los métodos de tratamiento disponibles actualmente. El dolor crónico puede continuar por el resto de la vida de una persona.

Dolor intratable: Un estado de dolor en el cual no se podrá eliminar la causa del dolor y que, en el curso generalmente aceptado de práctica médica, no es posible el alivio o una cura de la causa del dolor, o no se ha encontrado después de hacer esfuerzos razonables, lo que incluye, entre otros, una evaluación del médico tratante y uno o más médicos que se especializan en el tratamiento de la zona, sistema u órgano del cuerpo percibido como la fuente del dolor.

Emergencia: El inicio repentino, imprevisto e inesperado de una afección de salud que requiere atención médica inmediata, donde si no se provee atención médica inmediata, podría derivar en una discapacidad grave de las funciones corporales o disfunción grave en una parte u órgano del cuerpo, o poner la salud de la persona en grave peligro.

Equipo médico duradero (DME): Cualquier equipo que puede soportar el uso repetido, fabricado para servir a una afección médica, inservible para una persona que no esté enferma o lesionada, y que es apropiado para su uso en el hogar.

Especialista: Es un profesional, normalmente un proveedor, dedicado a tratar una enfermedad, afección o parte del cuerpo específica. Ejemplo: Ortopedista, un proveedor que se especializa en el tratamiento de huesos y músculos.

Explicación de los beneficios (Explanation of benefits, EOB): Un EOB es un formulario impreso enviado por Colorado Access a un miembro después de que se ha mostrado una reclamación y se ha tomado una decisión sobre la reclamación. El EOB incluye datos como la fecha del servicio, el nombre del proveedor, el monto cubierto y lo que el paciente debe.

Farmacia: Es un establecimiento con licencia para administrar medicamentos recetados y otros medicamentos a través de un farmacéutico con licencia. Esto a partir de una orden de un profesional de atención médica autorizado. Una farmacia puede ser un proveedor de CHP+ o un proveedor fuera de la red. Una farmacia de nuestra red tiene un contrato con CHP+ para proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros conforme a los términos y condiciones de este folleto. Una farmacia que no forma parte de nuestra red no está contratada a través de CHP+.

Fecha de entrada en vigencia: La fecha en que comienza la cobertura con CHP+.

Folleto de beneficios para miembros de CHP+: Este documento dice los beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y las condiciones de la cobertura de salud de un miembro de CHP+. Este documento también sirve como un contrato entre nosotros y nuestros miembros.

Fórmulas: Las fórmulas autorizadas para trastornos metabólicos, nutrición parenteral total,

nutrición enteral y productos de nutrición, y las fórmulas para sondas de gastrostomía están cubiertas para necesidades médicas documentadas, incluido el logro de crecimiento y desarrollo normales.

Gastos de habitación: Los gastos que incluyen el costo de la habitación, los servicios de enfermería general y los servicios de comida para usted.

Gestión de la utilización: La evaluación de la idoneidad, la necesidad médica y la eficiencia de los servicios, procedimientos y centros de atención médica de acuerdo con los criterios o pautas establecidos y en virtud de las disposiciones de los beneficios de CHP+.

Hemodiálisis: El tratamiento de una enfermedad renal crónica o aguda, durante el cual se eliminan las impurezas de la sangre. Esto se hace con equipos de diálisis.

Hospital: Una institución de salud que ofrece instalaciones, camas y servicios continuos las 24 horas del día. Además, cumple con todos los requisitos de licencia y certificación de las agencias reguladoras locales y estatales.

Iniciativas de vida sana: Estos son proyectos para promover estilos de vida saludables. También pueden ayudar a los miembros a evitar enfermedades prevenibles.

Lesiones accidentales: Lesiones internas o externas no intencionales. Unos ejemplos de lesiones accidentales son las torceduras, las mordeduras de animales, las quemaduras, las contusiones y las abrasiones (cortes) que provocan traumatismos en el cuerpo. Las lesiones accidentales son diferentes de las condiciones relacionadas con la enfermedad (estar enfermo). No incluyen enfermedades ni infecciones.

Límite anual de desembolso directo: El monto total (costos compartidos) del que un miembro de CHP+ puede ser responsable durante un período específico, según se describe en este folleto. El límite anual de desembolso directo está diseñado para proteger a los miembros de los gastos catastróficos de la atención médica. Para el período de beneficios por año calendario de cada miembro, después de que se alcance el límite anual de desembolso directo, para la mayoría de los servicios, el pago se realizará al 100% del cargo permitido para el resto de ese año calendario.

Lista de formulario: Una lista de medicamentos recetados aprobados para el uso por miembros de CHP+. Esta lista está sujeta a revisión y modificación periódicas.

Manejo de abstinencia: Tratamiento agudo de los efectos de la abstinencia del alcohol u otras sustancias.

Manejo de la atención: Esta es una manera en la que ayudamos a los miembros con enfermedades o lesiones graves. El manejo de la atención se usa cuando las enfermedades o lesiones son tan complejas que la coordinación personal de la atención es útil. A veces, el manejo de la atención también se llama administración de casos.

Médicamente necesario: Aquellos servicios cubiertos de salud física, salud mental y/o

trastornos por uso de sustancias que se determinan en virtud del programa de administración de utilización aplicable como:

- Coherente con el síntoma, el diagnóstico y el tratamiento de la afección médica de un miembro.
- Ampliamente aceptado por el grupo de pares del proveedor como eficaz y razonablemente seguro en función de la evidencia científica.
- No experimental, en investigación, no comprobado, inusual o no habitual.
- No solo para fines cosméticos.
- No solo para la comodidad del miembro, suscriptor, médico u otro proveedor.
- Es el nivel de atención más adecuado que se puede brindar de forma segura al miembro, y no prestar el servicio afectaría negativamente la salud del miembro.
- Cuando se aplica a la atención para pacientes hospitalizados: los servicios médicamente necesarios no pueden proporcionarse de forma segura en un entorno ambulatorio.
- De otra forma no están sujetos a una exclusión bajo este folleto.

El hecho de que un proveedor prescriba, ordene, recomiende o apruebe la atención, el tratamiento, los servicios o los suministros no hace por sí mismo que dicha atención, tratamiento, servicios o suministros sean médicamente necesarios.

Medicamento genérico: El equivalente químico de un medicamento recetado de marca. Los medicamentos de marca y genéricos deben cumplir con los mismos estándares de seguridad, pureza, concentración y calidad. Es la ley.

Medicamentos y fármacos recetados:

Fármaco de venta con receta: Es una sustancia medicinal, preparada para el uso de pacientes ambulatorios que, de acuerdo con la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos debe llevar en su etiqueta de empaque original, “Advertencia: la ley federal prohíbe la dispensación sin receta médica”. Los medicamentos compuestos que contienen por lo menos una de esas sustancias medicinales se consideran fármacos de venta con receta. La insulina se considera como un fármaco de venta con receta bajo esta Póliza.

Lista de formularios: Lista desarrollada en consulta con proveedores y farmacéuticos que enumera productos farmacéuticos aprobados por su calidad y rentabilidad.

Medicamento genérico recetado: Medicamentos que la FDA ha determinado que son bioequivalentes a los de marca y que no se fabrican ni comercializan con un nombre comercial o marca registrada. Los ingredientes activos de un medicamento genérico son los mismos que los de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos deben cumplir con las mismas especificaciones de la FDA que los medicamentos de marca en

116

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita). Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN DICIEMBRE DE 2023

cuanto a seguridad, pureza y potencia. Deben dispensarse en la misma forma de dosificación (comprimido, cápsula, crema) que el medicamento de marca de la contraparte. En promedio, el costo de los medicamentos genéricos es alrededor de la mitad del costo de los medicamentos de marca.

Medicamento recetado de marca: La versión inicial de un medicamento desarrollado por un fabricante de productos farmacéuticos o una versión comercializada bajo un nombre de marca registrada del fabricante de productos farmacéuticos o de la marca. Al fabricante original se le otorga una patente exclusiva para fabricar y comercializar un nuevo medicamento durante un cierto número de años. Después de vencida la patente y que se cumplan con los requisitos de la FDA, cualquier fabricante puede hacer el medicamento y vender el medicamento bajo el nombre de su propia marca o bajo el nombre químico del medicamento (genérico).

Medicina holística: Varias técnicas preventivas y curativas que se basan en la influencia del ambiente externo y en las diversas maneras en que los diversos tejidos del cuerpo se afectan uno al otro junto con los poderes de sanación naturales del cuerpo.

Médico: Es un doctor en medicina u osteopatía que tiene licencia para ejercer la medicina según las leyes del estado o la jurisdicción donde se presten los servicios.

Mejora médica máxima: Una determinación a nuestra entera discreción de que razonablemente no se puede esperar que el recibir más atención médica mejore afección de forma cuantificable.

La mejora médica máxima se determinará sin importar si la continuidad de la atención es necesaria para evitar el deterioro de la condición o es otra forma necesaria para mantener al paciente con vida.

Miembro: Cualquier persona que está inscrita para recibir cobertura en virtud de CHP+.

Mioterapia: El diagnóstico, tratamiento y control del dolor físico por afecciones que provocan dolor en los músculos y huesos.

Nefritis: Infección o inflamación de los riñones.

Nefrosis: Afección en la que se presentan cambios degenerativos en los riñones sin la presencia de inflamación.

Oficina de asuntos de miembros y familias: Pueden ayudarlo a comprender el sistema de salud mental, cómo defenderse, responder cualquier pregunta, inquietud y queja, comprender qué servicios recibe y saber cuáles son sus derechos y responsabilidades.

Ortesis: Un soporte o refuerzo para los músculos o las articulaciones débiles o inútiles.

Paraprofesional: Un colega capacitado que asiste a una persona profesional, tal como a un técnico en radiología.

Planificación del alta: La evaluación de las necesidades médicas de un paciente y el arreglo de la atención adecuada después del alta de un establecimiento.

Procedimientos o servicios experimentales o de investigación:

- a. Cualquier medicamento/fármaco, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro usado en o directamente relacionado con el diagnóstico, evaluación o tratamiento de una enfermedad, lesión, malestar u otra afección de salud que nosotros designemos, a nuestra entera discreción, como experimental/de investigación.

Nosotros consideraremos cualquier medicamento/fármaco, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro como experimental/de investigación si determinamos que uno o más de los siguientes criterios se aplican cuando el servicio se presta con respecto al uso para el cual se buscan beneficios. El fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro:

- No puede ser legalmente comercializado en los Estados Unidos, sin la aprobación final de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o cualquier agencia regulatoria federal o estatal, y dicha aprobación final no haya sido otorgada.
 - La FDA ha recomendado no usar el producto específico.
 - Se administra como parte de un protocolo de investigación clínica o ensayo clínico. O se administra de cualquier otra forma que tenga como fin evaluar la seguridad, toxicidad o eficacia del fármaco/medicamento biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro, o está sujeto a la revisión y aprobación de una junta de revisión institucional (institutional review board, IRB) u otro organismo que cumpla una función similar.
 - Es ofrecida de conformidad con los documentos de consentimiento informado que describen el fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro como experimental/de investigación o de lo contrario, indican que la seguridad, toxicidad o eficacia del medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro se encuentra bajo evaluación.
- b. Cualquier servicio no considerado como experimental/de investigación con base en los criterios en la Subsección (A) todavía puede ser considerado como experimental/de investigación por nosotros. Para determinar si un servicio es experimental o de investigación, tendremos en cuenta la información descrita en la Subsección C y examinaremos todo lo siguiente:

- Si la evidencia científica es definitiva respecto al efecto del servicio en los resultados

118

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN DICIEMBRE DE 2023

de salud.

- Si la evidencia demuestra que el servicio mejora los resultados netos de salud de la población total para los cuales el servicio podría ser propuesto como cualquier alternativa establecida.
 - Si la evidencia demuestra que el servicio ha demostrado mejorar los resultados netos de salud del total de la población para la que el servicio podría ser propuesto. Esto se hace bajo las condiciones habituales de la práctica médica fuera de los entornos de investigación clínica.
- c. La información que nosotros consideremos y evaluemos para determinar si un fármaco/medicamento, producto biológico, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental/de investigación según las Subsecciones (A) y (B) puede incluir uno o más elementos de la siguiente lista, entre otros. Esta lista no es exhaustiva:
- Ensayos clínicos aleatorios y controlados publicados en revistas médicas o científicas respetadas y revisadas de los Estados Unidos.
 - Evaluaciones de asociaciones médicas nacionales, paneles de consenso y otros órganos de evaluación de tecnología.
 - Documentos emitidos por y/o presentados ante la FDA u otra agencia federal, estatal o local con la autoridad de aprobar, regular o investigar el uso del fármaco/medicamento, producto biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
 - Documentos de una IRB u otro organismo similar que realice esencialmente la misma función.
 - Documentación de consentimiento utilizada por los proveedores tratantes, otros profesionales médicos/establecimientos, o por otros proveedores tratantes, otros profesionales médicos o establecimientos que estudian sustancialmente el mismo fármaco/medicamento, biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro.
 - Las opiniones de los proveedores que hacen las consultas y otros expertos en el campo.
- d. Tenemos la única autoridad y discreción para identificar y sopesar toda la información y resolver todas las cuestiones que se refieran a si un fármaco/medicamento, biológico, dispositivo, diagnóstico, producto, equipo, procedimiento, tratamiento, servicio o suministro es experimental o de investigación.

Prótesis: Un aparato que sustituye total o parcialmente una parte faltante del cuerpo.

Proveedor: Es una persona o establecimiento reconocido por CHP+ como proveedor de ~~atención médica y que se ajusta a una o más de las siguientes descripciones:~~

119

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).

Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN DICIEMBRE DE 2023

Proveedor de centros de salud: Es un centro que presta servicios de salud para hospitalización o ambulatorio, como se define a continuación:

Proveedor de centro ambulatorio: Es un centro de diálisis, una agencia de salud en el hogar u otro proveedor de centros, como un centro de cirugía ambulatoria (pero no un hospital, un centro de cuidados paliativos, o un centro de enfermería especializada) reconocido por CHP+ y autorizado o certificado para desempeñar los servicios de atención sanitaria designados por el estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios. Los servicios de dicho proveedor deben estar aquellos cubiertos por este plan y están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por nosotros.

Proveedor de centro de hospitalización: Es un hospital, un centro de cuidados paliativos, un centro de enfermería especializada o cualquier otro establecimiento que reconozcamos como proveedor de atención sanitaria. Estos proveedores de centros de salud pueden denominarse colectivamente como proveedores de centros de salud o por separado como proveedores de centros de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias.

Proveedor profesional: Es un proveedor que tiene licencia o está autorizado por el estado o la jurisdicción donde se prestan los servicios para hacer los servicios de atención sanitaria designados. Para que los beneficios sean pagaderos, los servicios de un proveedor deben estar dentro del alcance de la autoridad otorgada por la licencia y cubiertos por este plan. Esos servicios están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por nosotros. Otros proveedores profesionales son, entre otros, las enfermeras parteras certificadas, los dentistas, los optometristas y las enfermeras anestesistas certificadas. Los servicios de dicho proveedor deben estar entre aquellos cubiertos por este certificado y están sujetos a revisión por parte de una autoridad médica designada por nosotros.

Proveedor de atención primaria (PCP): Es el proveedor debidamente autorizado y acreditado que ha contratado con nosotros para supervisar, coordinar y dar atención inicial y básica a nuestros miembros. También pueden iniciar una referencia para atención de especialistas y mantener la continuidad de la atención del paciente.

Proveedor de CHP+: También conocido como proveedor dentro de la red. Este es un proveedor o centro de atención médica profesional (por ejemplo, un proveedor, un hospital o una agencia de atención médica en el hogar) que tiene un contrato con nosotros para dar servicios a nuestros miembros. Los proveedores de nuestra red acuerdan facturarnos directamente por los servicios que prestan y aceptar nuestro monto de pago (que se otorga de acuerdo con las disposiciones del contrato) y el copago de un miembro como pago total por los servicios cubiertos. Pagamos directamente al proveedor dentro de la red. Podemos agregar, cambiar o quitar proveedores específicos a nuestra discreción. O podemos sugerir un proveedor específico para la atención especializada según sea médicamente necesario para el miembro.



Proveedor dentro de la red: Un proveedor que tiene un contrato con nosotros para dar servicios a nuestros miembros.

Proveedor fuera de la red: Un proveedor de atención médica con la licencia adecuada que no tiene un contrato con nosotros para dar servicios a nuestros miembros. Es posible que no cubramos los servicios prestados por un proveedor que no pertenezca a nuestra red, salvo que usted obtenga una autorización previa. Un miembro puede ser financieramente responsable por los servicios prestados por un proveedor que no está en nuestra red, salvo que se indique lo contrario en este folleto, o que nosotros hayamos autorizado la referencia hecha por del PCP del miembro.

Queratocono: Protuberancia en forma de cono de la córnea.

Quimioterapia: Terapia de medicamentos administrada como tratamiento para las condiciones malignas y enfermedades de ciertos sistemas del cuerpo.

Radioterapia: Rayos X, radón, cobalto, betatrón, telocobalto, isótopo radiactivo y tratamientos similares. Estos son para enfermedades malignas y otras afecciones médicas.

Reclamo (queja): Expresión oral o escrita de insatisfacción con los servicios de CHP+ o las prácticas de un proveedor de la red, ya sea de naturaleza médica o no médica. A esto también se le llama a veces quejas.

Referencia: Consideramos que una referencia es una comunicación clínica entre el proveedor de atención primaria (PCP) y el proveedor especializado. Esto es para los fines de continuidad de la atención, planificación del tratamiento y para proporcionar un hogar médico. Las visitas al consultorio de un especialista no participante requieren autorización previa de CHP+. Se considerarán caso por caso para necesidades clínicas particulares.

Rehabilitación médica para pacientes hospitalizados: Atención que incluye un mínimo de tres horas de terapia. Por ejemplo, terapia del habla, terapia respiratoria, terapia ocupacional y/o fisioterapia, y a menudo alguna terapia de fin de semana. La rehabilitación médica para pacientes hospitalizados se hace generalmente en la sección de rehabilitación de un hospital o en los establecimientos independientes. Unos centros de enfermería especializada tienen camas de "rehabilitación".

Rehabilitación subaguda: Atención que incluye como mínimo una hora de terapia cuando un paciente no puede dejar o no requiere tres horas de terapia al día. Esto generalmente se hace en un centro de enfermería especializada.

Residente: Es una persona que tiene domicilio legal dentro del estado de Colorado y que, a los fines de este acuerdo, se presume que es un residente principal del estado, y se puede comprobar con cualquiera de los tres siguientes:

- Pago de impuesto sobre la renta de Colorado.
- Estar empleado en Colorado. Salvo lo que normalmente se da de forma temporal a los

estudiantes.

- Posee propiedades inmobiliarias residenciales en Colorado.
- Cuenta con tarjeta de identificación estatal o licencia de conducir.
- Aceptación de empleo futuro en el estado de Colorado.
- Cuenta con vehículo registrado en Colorado.
- Registro de votantes en Colorado.
- Factura de teléfono o factura de servicios públicos de Colorado.

Revisión de la utilización: Es un conjunto de técnicas formales que usan criterios estandarizados diseñadas para controlar el uso de, o evaluar la necesidad clínica, idoneidad, eficacia o eficiencia de los servicios de atención médica, los procedimientos o los establecimientos. Las técnicas incluyen revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión concurrente, manejo de la atención, planificación del alta o una revisión retrospectiva. La revisión de la utilización también incluye revisiones para determinar la cobertura.

Esto se basa en si un procedimiento o tratamiento se considera experimental/de investigación en una circunstancia determinada (excepto si se excluye específicamente en este folleto) y en la revisión de las circunstancias médicas del miembro, cuando dicha revisión es necesaria para determinar si se aplica una exclusión en una situación determinada.

Segunda opinión: Es una visita a otro proveedor profesional (después de la primera visita con un proveedor diferente) para la revisión de la opinión del primer proveedor respecto de la cirugía o el tratamiento propuesto.

Segunda opinión quirúrgica: Es un mecanismo usado por una organización de atención sanitaria gestionada para bajar las intervenciones quirúrgicas innecesarias, alentando a las personas a buscar una segunda opinión antes de determinadas cirugías electivas. En unos casos, podemos requerir una segunda opinión quirúrgica antes de una cirugía electiva específica.

Servicios auxiliares: Servicios y suministros (además de los gastos de habitación) que facturan los hospitales y otros centros. Dichos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- Uso de un quirófano, una sala de recuperación, una sala de urgencias, una sala de tratamiento y el equipo correspondiente; unidades de cuidados intensivos y coronarios.
- Medicamentos y medicinas, productos biológicos (medicamentos realizados a partir de organismos vivos y sus derivados), y productos farmacéuticos.
- Suministros médicos (vendajes y suministros, bandejas estériles, yesos y férulas que se usan en lugar de un yeso).
- Equipo médico duradero propiedad de la instalación. También se usa durante una admisión cubierta.



- Servicios diagnósticos y terapéuticos.
- Procesamiento y transporte de sangre y manejo de los costos y administración de la sangre.
- Anestesia: hay dos tipos de anestesia:
 - Anestesia general. Esto también se llama anestesia corporal total. Hace que el paciente quede inconsciente o se duerma durante un período de tiempo.
 - Anestesia regional o local. Esto causa pérdida de sensación o entumecimiento en un área específica sin causar pérdida del conocimiento. Generalmente se inyecta con un anestésico local, como lidocaína. La anestesia debe ser administrada por un proveedor o un enfermero anestesista registrado certificado (Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA).

Servicios cosméticos: Servicios o cirugía realizados sobre una característica física para mejorar la apariencia de una persona.

Servicios cubiertos: Servicios, suministros o tratamientos que son:

- Médicamente necesarios o de otra forma específicamente incluidos como un beneficio bajo este folleto.
- Dentro del alcance de la licencia del proveedor que presta el servicio.
- Se otorga mientras la cobertura en virtud de este folleto está vigente.
- No son experimentales/de investigación o están excluidos o limitados por este folleto, o por una enmienda hecha al folleto o una cláusula adicional agregada al mismo.
- Autorizados por adelantado por nosotros. Esto es si se requiere dicha autorización previa.

Servicios de acupuntura: El tratamiento de una enfermedad o condición mediante la inserción de agujas especiales a lo largo de vías nerviosas específicas. Esto es para fines terapéuticos. La colocación de las agujas varía con la enfermedad o condición que está tratando.

Servicios de atención médica en el hogar: Esto también se llama atención médica en el hogar. Servicios de atención médica en el hogar: servicios de enfermería profesional, servicios de asistencia de un enfermero certificado, suministros médicos, equipos y aparatos adecuados para el uso en el hogar y terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y servicios de audiología proporcionados por una agencia de salud en el hogar certificada a los miembros elegibles que tengan un plan de atención médica en su lugar de residencia.

Servicios de audiología: Pruebas para trastornos de la audición. Esto se hace mediante la identificación y la evaluación de la pérdida de la audición.

Servicios de diagnóstico: Pruebas o servicios solicitados por un proveedor para averiguar la causa de la enfermedad.

Servicios de enfermería privada: Servicios que requieren la capacitación, el criterio y las



capacidades técnicas de una enfermera registrada (RN) o enfermera práctica licenciada (LPN). Dichos servicios deben ser recetados por el proveedor tratante, para el tratamiento médico continuo de la condición.

Servicios de laboratorio y patología: Pruebas de los procedimientos requeridos para el diagnóstico o el tratamiento de una afección. Por lo general, estos servicios involucran el análisis de una muestra de tejido u otra sustancia que ha sido removida del organismo.

Servicios de maternidad: Servicios que usted requiere para el diagnóstico y el cuidado de un embarazo, las complicaciones del embarazo y para los servicios de parto. Los servicios de parto incluyen:

- Parto vaginal normal.
- Parto por cesárea.
- Terminación espontánea del embarazo antes de término.
- Interrupción terapéutica o electiva del embarazo. Esto pasa si la terminación es para salvar la vida de la madre o si el embarazo es el resultado de una violación o incesto.

Servicios de radiología y rayos x: Servicios que incluyen el uso de radiología, medicina nuclear y equipos de ultrasonido para obtener una imagen visual de los órganos y estructuras internas del cuerpo, y la interpretación de estas imágenes.

Servicios de salud reproductiva: Los servicios incluyen pruebas de Papanicolaou, exámenes pélvicos y de mamas, pruebas y tratamiento de ITS/VIH, educación para la salud, asesoramiento y una variedad de opciones anticonceptivas. Esto incluye la abstinencia (planificación familiar).

Servicios dentales: Servicios realizados para el tratamiento de afecciones relacionadas con los dientes o las estructuras que sostienen los dientes.

Servicios fuera del área: Servicios cubiertos prestados a un miembro de CHP+ ofrecidos por Colorado Access cuando se encuentra fuera del área de servicio. Consulte también el área de servicio de CHP+.

Servicios quiroprácticos: Un sistema de terapia en que la enfermedad se considera el resultado de una función anormal del sistema nervioso central. Por lo general, este método de tratamiento involucra la manipulación de la columna vertebral y estructuras del cuerpo específicas.

Sobrepeso/obesidad: Razón del peso en relación con la estatura superior al percentil 95 o índice de masa corporal (IMC) superior al percentil 95. La obesidad en los niños tiene consecuencias a largo plazo que se convierten en problemas de salud importantes más adelante en la vida. Los planes de tratamiento son programas de control de peso pediátricos estándar supervisados médicamente por profesionales médicos que rara vez usan intervenciones quirúrgicas o farmacológicas debido a los efectos secundarios a largo plazo de estos tratamientos.

Suministros médicos: Artículos (excepto los medicamentos de venta bajo receta) necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Tarjeta de identificación: La tarjeta que le damos a los miembros de CHP+. Contiene información como el nombre del miembro, el número de identificación, el PCP y el monto del copago (si corresponde). Esto también se llama tarjeta de identificación de miembro de CHP+.

Terapia de frío: La aplicación de frío para disminuir la hinchazón, el dolor o los espasmos musculares.

Terapia de manipulación osteopática (Osteopathic manipulative therapy, OMT): Es una modalidad de evaluación, diagnóstico y tratamiento que se hace con las manos mediante la palpación de los tejidos y el sistema musculoesquelético del cuerpo con una variedad de técnicas terapéuticas que involucran la fascia, los músculos y las articulaciones para ayudarlo a resolver las lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas.

Terapia del habla (también llamada patología del habla): Servicios utilizados para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del habla y del lenguaje. La terapia del habla debe ser realizada por un patólogo del habla o del lenguaje autorizado y acreditado.

Terapia física: El uso de agentes físicos para el tratamiento de discapacidades como resultado de una enfermedad o lesión. Los agentes físicos utilizados incluyen calor, frío, corrientes eléctricas, ultrasonido, radiación ultravioleta, masajes y ejercicio terapéutico. La terapia física debe ser realizada por un médico o terapeuta físico registrado.

Terapia ocupacional: El uso de técnicas educativas y de rehabilitación para mejorar la capacidad funcional del paciente para vivir de manera independiente. La terapia ocupacional requiere que un terapeuta ocupacional (occupational therapist, OT) acreditado o asistente certificado de terapia ocupacional (certified occupational therapy assistant, COTA) realice dicha terapia.

Trasplantes de órganos: Es un proceso quirúrgico que involucra la remoción de un órgano de una persona y la colocación del órgano en otra persona. El trasplante también puede significar la extirpación de sustancias del cuerpo, como células madre o médula ósea. Esto tiene el propósito de volver a implantar el órgano o tejido extirpado en la misma persona. Los beneficios de trasplante de órganos otorgados a miembros de CHP+ pueden estar sujetos a un beneficio máximo de por vida.

Trastornos por uso de sustancias: Condiciones definidas por patrones de uso que continúan a pesar de problemas ocupacionales, sociales o físicos. Estas afecciones pueden tener síntomas de abstinencia graves si se detiene el consumo de alcohol u otras sustancias.

Ultrasonido: Es una técnica de imagen radiológica que usa ondas de sonido de alta frecuencia para obtener una imagen visual de los órganos internos del cuerpo o del feto en una mujer embarazada.

Unidades de cuidados especiales: Áreas especiales de un Hospital con personal altamente calificado y equipo especial para proporcionar atención aguda, con tratamiento y observación

constantes.

La discriminación es ilegal

Colorado Access cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Colorado Access no excluye a persona alguna ni los trata diferente por motivo de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Colorado Access:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Provee servicios de idioma gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros.

Si usted considera que nosotros no le hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado en su contra de otra forma a causa de su raza, color, nacionalidad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Director of Member Affairs
Colorado Access

11100 E Bethany Dr.
Aurora, CO 80014

720-744-6287

TTY 888-803-4494

memberaffairs@coaccess.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el director de asuntos de miembros puede ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Puede presentar la queja electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles. Puede

126

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda? Llámenos al 800-511-5010 (llamada gratuita).
Los usuarios de TTY deben llamar al 888-803-4494 (llamada gratuita).

Envíenos un correo electrónico a customer.service@coaccess.com

REVISADO EN NOVIEMBRE DEL 2024



presentar una queja en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf. O por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas se pueden encontrar en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Child Health Plan *Plus* (CHP+)

ofrecido por Colorado Access

