

# Kid CARE

CHILDREN'S HEALTH  
INSURANCE PROGRAM

## *Manual*

*Seguro proporcionado por*



**WYOMING**

*An independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association*

## *Números de teléfono importantes*

	<b>Número de teléfono</b>
Médico de mi hijo	
Dentista de mi hijo	
Farmacéutico de mi hijo	
Servicios a los miembros de Blue Cross Blue Shield of Wyoming (para reclamos y preguntas sobre los beneficios)	1-800-209-9720
Línea del dispositivo de telecomunicación para sordos (Telephone Device for the Deaf, TDD) de Blue Cross Blue Shield of Wyoming	1-800-696-4710
Aprobación de hospitalización	1-800-209-9720
Preguntas sobre la elegibilidad para Kid Care CHIP	1-855-294-2127
Delta Dental (para reclamos y preguntas sobre los beneficios)	1-800-735-3379

La información contenida en este manual es un resumen de beneficios y no debe utilizarse como un contrato. Para obtener detalles sobre sus beneficios, revise su Acuerdo de suscripción.

# Contenido

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Redes de proveedores</b>	<b>3</b>
<b>Números de teléfono</b>	<b>3</b>
<b>Tarjeta de identificación (tarjeta del seguro)</b>	<b>3</b>
<b>Si se muda</b>	<b>3</b>
<b>Cómo recibir atención médica</b>	<b>4</b>
<b>¿Qué incluye la cobertura?</b>	<b>5</b>
<b>Atención de emergencia</b>	<b>5</b>
<b>Atención de maternidad</b>	<b>5</b>
<b>Servicios médicos</b>	<b>5-6</b>
<b>Trastorno de la salud mental y por abuso de sustancias</b>	<b>6</b>
<b>Medicamentos</b>	<b>6</b>
<b>Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos</b>	<b>7</b>
<b>Atención de urgencia</b>	<b>7</b>
<b>Servicios dentales</b>	<b>8</b>
<b>Servicios para la vista</b>	<b>8</b>
<b>Máximo de beneficios de por Vida</b>	<b>8</b>
<b>Atención fuera de la ciudad</b>	<b>8</b>
<b>Si su hijo debe pasar la noche en un hospital</b>	<b>9</b>
<b>Otros servicios de Kid Care CHIP</b>	<b>9</b>
<b>¿Qué es lo que no está cubierto?</b>	<b>10</b>
<b>Atención dental</b>	<b>11-12</b>
<b>Costos compartidos</b>	<b>13-14</b>
<b>Cómo finalizar su seguro Kid Care CHIP</b>	<b>15</b>
<b>Certificado de cobertura acreditable</b>	<b>15</b>
<b>Política de no discriminación</b>	<b>15</b>
<b>Derechos en virtud de Kid Care CHIP</b>	<b>15</b>
<b>Responsabilidades en virtud de Kid Care CHIP</b>	<b>16</b>
<b>Qué es la carta de Explicación de beneficios (EOB)</b>	<b>17</b>
<b>Solicitud de revisión de un reclamo</b>	<b>18</b>
<b>Recursos para padres</b>	<b>19</b>

**Blue Cross Blue Shield of Wyoming  
1-800-209-9720**

# Introducción

*¡Bienven*

Kid Care CHIP es una asociación entre Blue Cross Blue Shield of Wyoming (BCBSWY), Delta Dental of Wyoming, médicos, hospitales, dentistas, otros proveedores de atención médica y el Departamento de Salud del estado de Wyoming. Kid Care CHIP proporciona seguro médico, dental y para la vista a los niños de Wyoming que no poseen ningún otro seguro. Juntos, le proporcionamos a su hijo atención médica personal y coordinada.

## La red de proveedores de la PPO de KID CARE CHIP

Los proveedores de la Organización de Proveedor Preferido (Preferred Provider Organization, PPO) de KID CARE CHIP son una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que trabajan con Blue Cross Blue Shield of Wyoming (BCBSWY) para proporcionar atención y suministros médicos.

Kid Care CHIP proporciona cobertura de atención médica, incluidos los servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment, EPSDT) según lo recomienda la Academia Americana de Pediatría y Bright Futures, en el entorno más apropiado y rentable. El programa se diseñó para mantener a su hijo saludable y no solo para tratar enfermedades.

Puede encontrar una lista de proveedores de la PPO de KID CARE CHIP de BCBSWY en nuestro sitio web <http://provider.bcbswy.com>. También puede visitar el sitio web de Kid Care CHIP en [www.health.wyo.gov/CHIP](http://www.health.wyo.gov/CHIP) para obtener una lista de proveedores participantes.

## Números de teléfono

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Kid Care CHIP de su hijo, llame a BCBSWY al número que se indica a continuación entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes.

Otros números de teléfono de Kid Care CHIP que puede necesitar son los siguientes:

Blue Cross Blue Shield of Wyoming (BCBSWY)	1-800-209-9720
Dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD)	1-800-696-4710
Si no habla inglés (utilice este número y recibirá ayuda)	1-800-209-9720
Aprobación hospitalaria previa a la admisión	1-800-209-9720
Preguntas sobre la elegibilidad para Kid Care CHIP	1-855-294-2127
Delta Dental of Wyoming	1-800-735-3379

## Tarjetas del seguro

Recibirá la tarjeta del seguro médico de su hijo de BCBSWY. Llévela con usted en todo momento y muéstrasela al proveedor cuando su hijo necesite atención médica. Esta tarjeta también se utiliza para obtener medicamentos (medicamentos con receta médica) y servicios para la vista. En la tarjeta del seguro Delta Dental of Wyoming encontrará información sobre la cobertura dental.

Si el plan Kid Care CHIP de su hijo cambia, recibirá tarjetas nuevas con montos de costo compartido nuevos.

## Si se muda

Si se muda, notifíquese a Kid Care CHIP al 1-855-294-2127.

# Cómo recibir atención médica

## *¿Debo escoger a un médico de atención primaria?*

Debe escoger a un médico para su hijo de la lista de proveedores que encontrará en <http://provider.bcbswy.com>.

## *¿Qué sucede si mi hijo necesita atención especial?*

Si su hijo necesita atención especial, el médico lo enviará a un especialista. No se requieren referencias para la atención especial, incluida la atención obstétrica y ginecológica, siempre que su hijo acuda a un proveedor de la PPO de KID CARE CHIP. **El tratamiento recibido de un proveedor que no pertenece a la red de la PPO de KID CARE CHIP no se cubrirá sin la aprobación previa de Blue Cross Blue Shield of Wyoming.**

Si se requiere atención especial y no hay un médico perteneciente a la red de proveedores de la PPO de KID CARE CHIP disponible en su área, debe llamar a Blue Cross Blue Shield of Wyoming al 1-800-209-9720.

## *¿Qué sucede si mi hijo debe acudir a la sala de emergencias?*

Las visitas de emergencia están cubiertas. Debe intentar llamar al médico de su hijo antes de acudir a la sala de emergencias. Si la afección representa un riesgo para la vida o es una lesión física grave, acuda al médico u hospital más cercano. Lo único que debe hacer es presentar la tarjeta del seguro de su hijo y pagar el copago. Si su hijo es hospitalizado, solo pagará el copago por hospitalización.

Tan pronto como le sea posible, debe informar al médico de su hijo que acudieron a la sala de emergencias. Si lleva a su hijo a la sala de emergencias por algo que no es una emergencia, es posible que deba pagar por los servicios que reciba. El médico de su hijo debe coordinar la atención de seguimiento.

## *¿Qué sucede si mi hijo debe permanecer hospitalizado?*

Debe llamar a BCBSWY para obtener aprobación antes de una hospitalización. Cuando sepa con anticipación que su hijo será hospitalizado, llame a BCBSWY al 1-800-209-9720. En caso de cualquier emergencia, llame a BCBSWY en un plazo de 24 horas o el siguiente día hábil.

# ¿Qué incluye la cobertura?

Los niños que tienen Kid Care CHIP no están sujetos a límites de afección preexistente. Eso quiere decir que los beneficios de servicios cubiertos se encuentran disponibles a partir de la fecha en que su hijo se inscribe en Kid Care CHIP.

El año de beneficios de Kid Care CHIP comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre.

BCBSWY y Delta Dental of Wyoming no pagarán por los servicios que no estén aprobados por Kid Care CHIP. Si un padre/tutor acepta recibir un servicio que no está cubierto, el padre/tutor es responsable del pago total al proveedor médico o dental.

BCBSWY y Delta Dental of Wyoming cumplen con las pautas federales para la atención administrada. La atención administrada es un sistema de atención médica que gestiona el costo, la utilización y la calidad de los servicios de atención médica. Los objetivos de la atención administrada incluyen mantener a los niños más saludables y mejorar la calidad de la atención médica que reciben. Los servicios se proporcionan para ayudar a mantener a su hijo saludable, no solo para tratar enfermedades. Los servicios como Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos (EPSDT) garantizan que los problemas de salud se identifiquen y traten lo antes posible para que los niños tengan vidas lo más saludables posible.

Los siguientes son los beneficios utilizados con más frecuencia por los niños. Si necesita más información, lea su Acuerdo de suscripción. Si perdió su copia del Acuerdo de suscripción, puede solicitar una llamando a BCBSWY al 1-800-209-9720.

## **Atención de emergencia**

Si su hijo necesita atención de emergencia, acuda al médico u hospital más cercano. Es posible que su hijo requiera atención de emergencia si su afección es grave, si siente dolor agudo o si requiere atención médica inmediata para prevenir lo siguiente:

- ♦ Un riesgo grave para la salud de su hijo.
- ♦ Un riesgo grave para las funciones fisiológicas de su hijo.
- ♦ Un riesgo grave para un órgano o una parte del cuerpo.

Le debe informar a su médico de atención primaria lo antes posible si su hijo recibe atención de emergencia. Si acude a la sala de emergencias por algo que no es una emergencia, es posible que deba pagar por los servicios que reciba su hijo. El médico de su hijo debe coordinar la atención de seguimiento.

## **Atención de maternidad**

Los siguientes son servicios cubiertos:

Hospital: paciente hospitalizado y ambulatorio.  
Médico: parto, laboratorio y radiografías.  
Cuidados prenatales  
Planificación familiar

Revise su Acuerdo de suscripción para obtener más detalles.

## **Servicios médicos**

### ***Accidentes y enfermedades***

Beneficios disponibles para diagnosticar y tratar una lesión o enfermedad. Los servicios pueden proporcionarse en el consultorio del médico o en un hospital de la PPO de KID CARE CHIP.

## ***Servicios hospitalarios***

Los servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico para pacientes hospitalizados y ambulatorios están cubiertos si se proporcionan en un hospital de la PPO de KID CARE CHIP. La atención de pacientes hospitalizados que pueda proporcionarse de forma ambulatoria no es un beneficio.

**NOTA:** la atención en la sala de emergencias está cubierta SOLAMENTE si su hijo tiene una afección que representa un riesgo para la vida o una lesión física grave. La atención de rutina (no de emergencia) recibida en una sala de emergencias no está cubierta.

## ***Servicios de laboratorio***

Las radiografías y los servicios de laboratorio están cubiertos SOLAMENTE si se acude a un proveedor de la PPO de KID CARE CHIP. Un proveedor de la PPO de KID CARE CHIP debe solicitar los servicios. Verifique que el proveedor envíe el trabajo de radiografías o laboratorio a un proveedor de la PPO de KID CARE CHIP o a un especialista autorizado.

## ***Terapia ocupacional, terapia del habla y terapia física***

La terapia ocupacional, del habla y física están cubiertas hasta un total combinado de \$750.00 por año de beneficios.

## ***Asesoramiento sobre diabetes***

Kid Care CHIP paga por los programas educativos sobre diabetes para pacientes ambulatorios.

## **Orden para salud mental y por abuso de sustancias**

### ***Servicios para pacientes hospitalizados***

Los servicios recibidos en un hospital de la PPO de Kid Care CHIP, incluido un hospital psiquiátrico operado por el estado, un centro de tratamiento residencial o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados están cubiertos.

### ***Servicios para pacientes ambulatorios***

Los servicios de salud mental profesionales para pacientes ambulatorios están cubiertos. Estos beneficios pueden proporcionarse en una variedad de entornos comunitarios o en un hospital psiquiátrico.

## **Medicamentos**

La cobertura de medicamentos con receta médica de Kid Care CHIP se proporciona a través de Prime Therapeutics Inc (“Prime”).

Es posible que existan medicamentos que no estén cubiertos o que requieran aprobación previa. NO se proporciona COBERTURA para medicamentos de “marca no preferida”. Para consultar la Lista de medicamentos, visite [www.bcbswy.com/pharmacy](http://www.bcbswy.com/pharmacy) y haga clic en el enlace de Kid Care CHIP.

Los medicamentos tienen cobertura solo si acude a una farmacia participante de Prime. Puede encontrar una lista de farmacias participantes en [www.bcbswy.com/pharmacy](http://www.bcbswy.com/pharmacy). **Debe presentar la tarjeta del seguro de Blue Cross Blue Shield of Wyoming de su hijo cuando le entreguen su medicamento.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con BCBSWY al 1-800-209-9720.

## **Servicios de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Periódicos y Tempranos**

Proporciona cobertura para exámenes físicos, pruebas de detección, pruebas de diagnóstico, vacunas y medicamentos. Debe reunirse con el médico para conocer las necesidades de atención médica de su hijo y su estado de vacunación. Juntos, pueden asegurarse de que se satisfagan las necesidades de atención médica de su hijo.

### ***Exámenes EPSDT***

- ◆ Análisis de laboratorio
- ◆ Pruebas de detección de toxicidad por plomo
- ◆ Servicios para la vista
- ◆ Servicios dentales
- ◆ Servicios para la audición
- ◆ Educación sobre la salud

### ***Visitas y vacunas de bienestar infantil***

Cobertura de vacunas de rutina de acuerdo con el calendario recomendado por la Academia Americana de Pediatría y Bright Futures. Tanto el médico de su hijo como una clínica de salud pública local del condado pueden proporcionar las vacunas. Las visitas y las vacunas de bienestar infantil no requieren copago.

### ***Visitas de bienestar infantil recomendadas***

La siguiente es una lista de edades recomendadas en las que su hijo debería consultar a un médico para la visita de bienestar infantil:

- ◆ 2 semanas
- ◆ 2 meses
- ◆ 4 meses
- ◆ 6 meses
- ◆ 12 meses
- ◆ 15 meses
- ◆ 18 meses
- ◆ 24 meses
- ◆ 36 meses
- ◆ 48 meses
- ◆ 60 meses
- ◆ 72 meses

### ***Exámenes físicos para adolescentes***

Se proporcionan beneficios para exámenes físicos de rutina para niños mayores a 7 años, incluidos exámenes físicos para practicar deportes y pruebas de diagnóstico. Acceda a estos servicios a través del médico de atención primaria de su hijo.

Se proporcionan beneficios para que las mujeres inscritas se realicen un examen ginecológico de rutina con una prueba de Papanicolaou una vez cada 12 meses.

Para obtener más información sobre las pruebas de detección, visite [www.brightfutures.org](http://www.brightfutures.org).

### **Atención de urgencia**

Algunas situaciones requieren atención médica inmediata, aunque no sean emergencias. En estas situaciones, llame al médico de su hijo y describa la situación. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, los siguientes:

- ◆ Esguinces
- ◆ Sangrado que no es grave
- ◆ Dolor de garganta
- ◆ Dolor de oídos

Su hijo debe recibir atención de urgencia de un médico que se encuentre en la lista de proveedores de la PPO de KID CARE CHIP, a menos que reciba la aprobación de BCBSWY. **SI SU HIJO RECIBE SERVICIOS DE UN PROVEEDOR QUE NO PERTENECE A LA PPO DE KID CARE CHIP, ES POSIBLE QUE USTED DEBA PAGAR POR LOS SERVICIOS QUE RECIBIÓ SU HIJO.**

Kid Care CHIP pagará por toda la atención necesaria desde el punto de vista médico que reciba su hijo de proveedores de la PPO de KID CARE CHIP. Kid Care CHIP proporcionará un beneficio para atención de emergencia y urgencia **si** sigue las reglas mencionadas anteriormente.

## **Servicios dentales**

Delta Dental of Wyoming es quien proporciona la cobertura de los servicios dentales. Consulte la página 11 para obtener más detalles.

Es posible que su cobertura médica de Kid Care CHIP cubra servicios dentales si estos se proporcionan debido a una lesión accidental en dientes naturales sanos. Comuníquese con BCBSWY antes de recibir los servicios.

Es posible que su cobertura médica de Kid Care CHIP cubra los costos de centros de cirugía, hospitales y de la anestesia si su hijo tiene 5 años o menos y requiere el uso de un centro de cirugía u hospital para recibir servicios dentales. **Se requiere aprobación previa para recibir este beneficio.** Debe comunicarse con BCBSWY antes de recibir cualquier servicio para asegurarse de que esté cubierto. Si no obtiene la aprobación de los servicios dentales, es posible que deba pagar la totalidad de la factura.

## **Servicios para la vista**

Kid Care CHIP pagará los anteojos O los lentes de contacto si un médico de la PPO de KID Care CHIP proporciona los servicios:

- ♦ Un examen de la vista para cada niño inscrito durante el año de beneficios.
- ♦ Un marco de anteojos para cada niño inscrito durante el año de beneficios, hasta \$100. Si un marco cuesta más de \$100, usted debe pagar la diferencia.
- ♦ Un par de anteojos (excepto cuando cambie la graduación) para cada niño inscrito durante el año de beneficios.
- ♦ Los lentes de contacto y los servicios relacionados (incluidas las pruebas de colocación de lentes de contacto) estarán cubiertas hasta \$100 por año de beneficios. Si los lentes de contacto y los servicios relacionados superan el beneficio de \$100, usted debe pagar la diferencia.

Los niños solo pueden recibir anteojos O lentes de contacto en un año de beneficios. Kid Care CHIP no pagará por ambos. La cirugía queratomileusis in situ asistida con láser (Laser-Assisted in Situ Keratomileusis, LASIK) NO es un beneficio cubierto en virtud de Kid Care CHIP y NO se pagará por ella.

Los servicios optométricos y los servicios proporcionados para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones de la vista proporcionados por un médico u optometrista con licencia que trabajen dentro del alcance de su licencia están cubiertos.

## **Máximo de beneficios de por vida**

El máximo de beneficios de por vida para cada niño inscrito es de \$1 millón.

Si un niño alcanza su máximo de por vida, no se pagarán más beneficios. Se los retirará del programa al final de ese mes. No serán elegibles para volver a inscribirse, ya que han alcanzado su máximo de por vida.

## **¿Qué sucede si se encuentra fuera de la ciudad o del estado?**

Las reglas sobre la atención de emergencia y urgencia son las mismas, independientemente de dónde se encuentre. Si su hijo recibe atención de emergencia, la cobertura de su hijo pagará por los servicios prestados por proveedores de la PPO de KID CARE CHIP y proveedores que no pertenezcan a la PPO de KID CARE CHIP.

Sin embargo, la cobertura de su hijo solo pagará por la atención de urgencia cuando su hijo se encuentre fuera de la ciudad o del estado dependiendo de las condiciones mencionadas en la sección anterior. Cuando reciba servicios de atención de urgencia fuera de Wyoming, deberá asegurarse de consultar a un proveedor de la PPO para que los servicios estén cubiertos. Esto quiere decir que su hijo no puede recibir atención de rutina mientras esté de viaje.

Se pagarán los servicios a los niños que pasen tiempo fuera de sus hogares si BCBSWY los aprueba.

### **Si su hijo debe pasar la noche en un hospital**

#### **Obtener aprobación antes de que su hijo sea admitido en un hospital**

Si sabe que su hijo será hospitalizado, debe llamar a BCBSWY para obtener aprobación para la hospitalización. Para obtener esta aprobación, llame al 1-800-209-9720. Asegúrese de proporcionar el nombre y el número de seguro de su hijo, el nombre y el número de teléfono del médico y el nombre y el número de teléfono del hospital.

**SI NO LLAMA y solicita esta aprobación, eso podría ocasionar gastos inesperados para usted.**

### **Otros servicios de Kid Care CHIP**

Consulte su Acuerdo de suscripción para obtener una descripción completa de todos los servicios cubiertos. Si tiene alguna duda sobre si un servicio está cubierto, comuníquese con BCBSWY o Delta Dental.

## Qué conceptos no están cubiertos

Acupuntura	Discapacidad de aprendizaje
Medicina Alternativa	Obligaciones legales de pago
Todo servicio que no esté específicamente identificado en el Acuerdo de suscripción	Servicios médicos que resulten de obligaciones contractuales o de la garantía de pago de un tercero
Concepción artificial	La mayoría de los programas educativos
Autopsias	Servicios por obesidad y para pérdida de peso
Biorregulación	Cirugía ortognática de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ)
Rehabilitación cardíaca	Artículos personales, comodidad o conveniencia
Atención proporcionada por instituciones y centros gubernamentales	Enfermería privada
Atención quiropráctica (excepto manipulaciones de la columna vertebral)	Procedimientos relacionados con estudios
Complicaciones de servicios que no son un beneficio	Profilaxis/Medicamentos profilácticos
Atención para convalecientes	Queratotomía radial y procedimientos relacionados
Cirugía estética	Preparación de informes
Atención de custodia	Servicios recibidos antes o después del final de la cobertura
Hospitalizaciones para diagnóstico	Los servicios o suministros necesarios desde el punto de vista médico
Atención domiciliaria	Servicios para tratar lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo
Medicina ambiental	Servicios que no estén relacionados con una lesión o enfermedad específicos
Procedimientos que son experimentales o están en investigación	Operaciones de cambio de sexo
Atención para la vista (excepto según se indica en la Sección de la vista)	Subluxación
Servicios de cuidado de los pies	Impuestos, cargos por servicios o de envío
Asesoramiento/pruebas genéticas y cromosómicas	Tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ)
Pérdida del cabello	Terapias que no estén específicamente cubiertas
Hospitalizaciones necesarias desde el punto de vista médico	Dependencia del tabaco
Hipnosis	Trasplantes
Cárcel o prisión (servicios recibidos mientras está encarcelado)	Gastos de viaje/administrativos
	Guerra o una enfermedad o lesión relacionada que surja de ella

***Este es solo un breve resumen de las exclusiones y limitaciones. Para obtener una lista más detallada de las exclusiones y limitaciones, consulte el Acuerdo de suscripción de Kid Care CHIP. Es posible que ciertos servicios relacionados con exámenes EPSDT estén cubiertos dependiendo del diagnóstico y de si el tratamiento es necesario desde el punto de vista médico.***

# Atención dental

## ¿Cómo funciona el programa?

Delta Dental of Wyoming proporciona los beneficios dentales de su hijo. Debe seleccionar a un **dentista participante de Kid Care CHIP**. Para buscar a un dentista o consultar si un dentista es un dentista participante de Kid Care CHIP, llame a la oficina dental o a Delta Dental al (307) 632-3313 o 1-800-735-3379, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. o pregunte si el dentista que ha seleccionado es un dentista participante de Kid Care CHIP. También puede visitar el sitio web de Kid Care CHIP en [www.health.wyo.gov/CHIP](http://www.health.wyo.gov/CHIP) o el sitio web de Insure Kids Now en [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para obtener una lista de proveedores dentales participantes.

En su primera visita, informe al dentista que su hijo tiene cobertura de Delta Dental en virtud del plan Kid Care CHIP y muéstrele la tarjeta del seguro Delta Dental de su hijo. Kid Care CHIP ayudará con el costo de la atención o el tratamiento dental. Sin embargo, el plan no paga por cada procedimiento que pueda ser necesario.

Se recomienda obtener aprobación de los beneficios para toda atención dental de \$250 o más.

## ¿Qué incluye la cobertura?

Delta Dental pagará por los siguientes servicios cuando acuda a un dentista participante de Kid Care CHIP, cuando sea necesario y habitual, según se determine en los estándares de práctica dental generalmente aceptados. Los servicios dentales cubiertos se pagan al 100 % con copagos, dependiendo del plan Kid Care CHIP en el que esté inscrito su hijo.

El beneficio máximo por hijo por año de beneficios es de \$1,000.

Los servicios de diagnóstico y preventivos de su hijo (exámenes, limpiezas, flúor, mantenedores de espacio, selladores y radiografías) no se incluyen en el máximo de beneficios por año de su hijo. Todos los niños tendrán la oportunidad de recibir dos limpiezas al año (cada 6 meses), hayan utilizado el beneficio máximo de \$1,000 o no.

### *Servicios de diagnóstico: cubiertos al 100 %*

- ♦ Los servicios de diagnóstico incluyen exámenes y radiografías de aleta de mordida que son un beneficio que se proporciona una vez cada seis (6) meses (sin superar las dos veces al año).
- ♦ Las radiografías de boca completas son un beneficio que se proporciona una vez cada treinta y seis (36) meses.

### *Servicios preventivos: cubiertos al 100 %*

- ♦ Los servicios preventivos incluyen profilaxis (limpieza) y son un beneficio que se proporciona una vez cada seis (6) meses.
- ♦ Las aplicaciones tópicas de fluoruro son un beneficio que se proporciona una vez cada seis (6) meses (hasta los 18 años).
- ♦ Los mantenedores de espacio son un beneficio que se proporciona solo para mantener el espacio entre dientes primarios (bebé) una vez cada tres (3) años (hasta los 18 años).
- ♦ Los selladores en dientes permanentes posteriores (traseros) son un beneficio que se proporciona una vez cada tres (3) años (hasta los 18 años). Los dientes no deben tener caries ni restauraciones, la superficie oclusal debe estar intacta.

### *Servicios básicos: beneficio máximo de \$1,000 por año de beneficios (sujeto al costo compartido)*

- ♦ Los servicios básicos incluyen extracciones simples (extracciones de dientes) y tratamientos de emergencia para aliviar el dolor.
- ♦ Restauraciones de amalgama (empastes de plata) en dientes posteriores (traseros) y restauraciones sintéticas (empastes blancos) en dientes anteriores (frontales).
- ♦ Sedación, en el consultorio del dentista, para niños de hasta 8 años.  
Es posible que Kid Care CHIP también cubra los cargos de centros de cirugía, hospitales y de la anestesia si su hijo tiene cinco (5) años o menos y requiere el uso de un centro de cirugía u hospital para recibir servicios dentales relacionados. Consulte la página 5 para obtener información adicional.
- ♦ Pulpotomías (tratamientos de conducto para niños) y tratamientos de conducto para niños mayores.
- ♦ Coronas de acero inoxidable, coronas de acero inoxidable con ventanas a base de resina y coronas prefabricadas a base de resina.
- ♦ Desbridamiento completo de la boca para niños de 13 a 18 años.
- ♦ Coronas de oro o porcelana para niños de 16 a 18 años.

- ♦ Dentaduras parciales para niños de 16 a 18 años que no tienen dientes anteriores (frontales).
- ♦ Otros servicios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico (según lo determine el asesor dental de Delta Dental of Wyoming).

### **Servicios ortodónticos necesarios desde el punto de vista médico (sujetos al costo compartido)**

Este beneficio solo se encuentra disponible para niños que cumplen con criterios específicos y cuando un asesor ortodóntico de Delta Dental los considera elegibles.

- ♦ Los costos compartidos de la ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico son aparte de los costos compartidos de los servicios básicos.

### **Qué no incluye la cobertura (exclusiones)**

Delta Dental **no incluye** los siguientes servicios:

- ♦ Servicios proporcionados antes de que comience la cobertura de Kid Care CHIP o después de que la cobertura finalice.
- ♦ Cualquier procedimiento que esté cubierto por una cobertura médica, de automóvil o de responsabilidad debe presentarse primero en la aseguradora y cualquier saldo no pagado, hasta el monto permitido por Delta Dental, se pagará.
- ♦ Los servicios que superen cualquier limitación especificada en la lista de “Servicios dentales cubiertos”.
- ♦ Los procedimientos dentales o quirúrgicos realizados para corregir una anomalía congénita o del desarrollo, adquirida o por motivos estéticos.
- ♦ Planificación alimentaria, capacitación en higiene bucal o atención preventiva.
- ♦ Reemplazo de una prótesis.
- ♦ Reemplazo de un aparato perdido, robado o roto.
- ♦ Férula (la unión de dientes para sostenerse entre sí) por motivos periodontales (estabilización) mediante coronas u otros medios. La férula para estabilización debido a un accidente o una lesión es un beneficio cubierto.
- ♦ Cualquier procedimiento que (1) tenga el objetivo de cambiar la dimensión vertical; (2) esté relacionado con el registro, el análisis o la corrección de la mordida; (3) tenga el objetivo de reemplazar la estructura dental perdida debido a la abrasión o al desgaste; (4) tenga el objetivo de equilibrar o restaurar la desalineación de los dientes o (5) grabaciones gnatólogicas.
- ♦ Implantes o aparatos estándares, fijos o removibles.
- ♦ Odontología estética, grabado ácido, laminaciones, protectores de la mordida, protectores bucales deportivos, accesorios de precisión o semiprecisión.
- ♦ Tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ).
- ♦ Medicación preanestésica, analgesia o anestesia general.
- ♦ Costos en los que se incurre por no asistir a una visita programada con un dentista o por completar formularios del seguro.
- ♦ Servicios por los que el participante tiene o tenía un derecho de pago en virtud de lo siguiente: (1) ley de compensación del trabajador o una ley similar o (2) un programa de un gobierno o plan establecido por ley, excepto los siguientes: (a) Medicare; (b) Medicaid; (c) el Programa Médico y de Salud Civil de los Servicios Uniformados (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services, CHAMPUS) y (d) donde la ley no permita este tipo de exclusión.
- ♦ Los servicios ortodónticos generales o estéticos no son un beneficio.
- ♦ La preparación para la esterilización, el control de infecciones, la preparación operatoria y el control de sepsis se consideran parte de todos los procedimientos.
- ♦ Periodoncia (tratamiento de encías).
- ♦ Los procedimientos quirúrgicos y anestésicos involucrados en la extracción o cuidado de los dientes NO se consideran un beneficio cuando se llevan a cabo en un centro de cirugía u hospital, para niños de 6 a 18 años.
- ♦ Medicamentos con receta médica y analgesia relativa.
- ♦ Cargos por servicios hospitalarios o hipnosis.
- ♦ Extracciones quirúrgicas o procedimientos quirúrgicos involucrados en la extracción de dientes (a menos que el asesor dental de Delta Dental determine que son necesarios desde el punto de vista médico).
- ♦ Reclamos presentados más de doce (12) meses después de la fecha del servicio.

***Consulte el folleto Beneficios dentales o llame a Delta Dental al (307) 632-3313 o al 1-800-735-3379, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., si tiene alguna pregunta sobre este plan dental.***

## Costos compartidos

La mayoría de las familias con Kid Care CHIP tendrá un copago por los servicios médicos, de farmacia y dentales. El monto que paga se basa en el ingreso que informó a Kid Care CHIP cuando inscribió a su hijo. En plan de costo compartido en el que se encuentra su hijo será proporcionado por Kid Care CHIP y se indicará en sus tarjetas del seguro BCBSWY y Delta Dental. En las siguientes tablas se indican los copagos requeridos para cada plan. El año de beneficios comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año. El año de inscripción depende de la fecha en que su hijo se inscribió en Kid Care CHIP.

<b>Desembolsos directos máximos por año de beneficios</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>
Desembolsos directos máximos médicos por año de beneficios	Ninguno	\$200 por hijo	\$300 por hijo
Desembolsos directos máximos de farmacia por año de beneficios	Ninguno	\$100 por hijo	\$200 por hijo
Desembolsos directos máximos dentales por año de beneficios	Ninguno	\$15 por hijo	\$75 por hijo
Servicios ortodónticos dentales necesarios desde el punto de vista médico Desembolsos directos máximos por año de beneficios	Ninguno	\$15 por hijo	\$75 por hijo

<b>Desembolsos directos máximos por año de inscripción</b>	<b>Plan A</b>	<b>Plan B</b>	<b>Plan C</b>
Total de desembolsos directos máximos familiares por año de inscripción	Ninguno	El 5 % del ingreso bruto anual de la familia***	

<b>Beneficios</b>	<b>Copago del Plan A</b>	<b>Copago del Plan B</b>	<b>Copago del Plan C</b>
<b>Médico</b>			
Visitas al consultorio (incluye salud mental o trastornos por consumo de sustancias)	Ninguno	\$5	\$10
Exámenes de bienestar infantil	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Vacunas	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Análisis de laboratorio y radiografías	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Servicios hospitalarios ambulatorios	Ninguno	\$5	\$10
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Ninguno	\$30	\$50
Sala de emergencias	Ninguno	\$5	\$25
<b>Farmacia</b>			
Recetas de medicamentos genéricos	Ninguno	\$3	\$5
Recetas de medicamentos de marca preferida	Ninguno	\$5	\$10
Recetas de medicamentos de marca no preferida	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Dental</b>			
Servicios de diagnóstico y preventivos (exámenes, limpiezas, flúor, selladores)	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Servicios básicos (empastes, extracciones, etc.)	Ninguno	\$5 por visita	\$25 por visita

Servicios ortodónticos necesarios desde el punto de vista médico	Ninguno	\$5 por visita	\$25 por visita
--	---------	----------------	-----------------

Kid Care CHIP le enviará una carta de aprobación o una carta de renovación aprobada en la que se le informará cuál es el desembolso directo máximo para su familia. Este desembolso directo máximo podría variar cada año de inscripción.

**Costos de desembolsos directos máximos:**

Usted no pagará más del 5 % del ingreso bruto familiar para el costo de copagos por año de inscripción. Kid Care CHIP le informará cuál es el desembolso directo máximo para su familia en la carta de aprobación o en la carta de aprobación de la renovación.

Una vez que haya alcanzado el 5 % del ingreso familiar, su familia no pagará más copagos durante ese año de inscripción.

**Seguimiento de gastos:**

Deberá comenzar a realizar un seguimiento de sus gastos el día que su hijo sea elegible para Kid Care CHIP. Debe conservar todos los recibos de copagos para todos los niños de la familia que estén inscritos en Kid Care CHIP. Hay un formulario disponible para ayudarle a realizar un seguimiento de estos gastos durante el año de inscripción.

Solamente el dinero que gaste en servicios cubiertos se contará para su límite de costo compartido. Si considera que ha llegado al límite de costo compartido indicado en su carta de Kid Care CHIP o que lo ha superado, deberá enviar los recibos y su formulario de reclamo a la oficina de Kid Care CHIP a la siguiente dirección:

Kid Care CHIP  
6101 Yellowstone Rd, Ste 210  
Cheyenne, WY 82002

Puede obtener más formularios de reclamos de desembolsos directos si llama al 1-855-294-2127 o puede descargarlos desde el sitio web de Kid Care CHIP en [www.health.wyo.gov/CHIP](http://www.health.wyo.gov/CHIP).

**¿Qué sucede después de que envíe mis recibos?**

Kid Care CHIP se asegurará de que haya alcanzado el máximo del 5 % para su familia.

Si alcanzó su máximo, Kid Care CHIP le enviará una carta en la que se verifique que se ha alcanzado el máximo de desembolsos directos y que usted no debe más copagos hasta el final del año de inscripción.

Puede utilizar esta carta para demostrarle a su proveedor de atención médica o farmacéutico que no debe copagos.

# Cómo finalizar su seguro Kid Care CHIP

Tiene derecho a solicitar la cancelación de la cobertura de su hijo. Para cancelar la cobertura de su hijo llame al 1-855-294-2127.

## Certificado de cobertura acreditable

El tiempo que su hijo tuvo cobertura de Kid Care CHIP puede utilizarse como un crédito para un período de espera preexistente. Puede obtener un Certificado de cobertura acreditable al comunicarse con BCBSWY al 1-800-209-9720.

## Política de no discriminación

BCBSWY, Delta Dental of Wyoming y Kid Care CHIP no discriminan según la raza, el color, la nacionalidad, la edad o la discapacidad para la admisión o el acceso, el tratamiento o el empleo en sus programas y actividades.

## Derechos en virtud de Kid Care CHIP

Usted y su hijo tienen derecho a lo siguiente:

- ♦ Esperar atención médica de la misma calidad disponible para el público en general.
- ♦ Ser tratados de manera amable y con respecto por los proveedores y su personal.
- ♦ Comprender la afección médica de su hijo.
- ♦ Recibir información sobre el tratamiento que recomienda el médico antes de que se proporcione.
- ♦ Rechazar tratamiento según lo permita la ley.
- ♦ Recibir información sobre los resultados posibles antes de aceptar o rechazar el tratamiento.
- ♦ Hablar con el proveedor y esperar que los registros y las conversaciones de su hijo sean confidenciales.
- ♦ Elegir al proveedor de su hijo de la lista de proveedores.
- ♦ Presentar una queja sobre Kid Care CHIP y recibir una respuesta.
- ♦ Comprender cómo funciona Kid Care CHIP.
- ♦ Conocer qué servicios médicos están cubiertos por Kid Care CHIP.

# Responsabilidades en virtud de Kid Care CHIP

Usted y el proveedor de su hijo (médico o dentista) son un equipo destinado a proteger la salud de su hijo. Es su trabajo ayudar al proveedor a proporcionarle a su hijo la mejor atención médica. Para ello, tenga en cuenta lo siguiente:

- ♦ Trate al proveedor con respeto, como quisiera que lo traten a usted.
- ♦ No acuda a la sala de emergencias si no hay una emergencia. Acuda a la sala de emergencias solo en situaciones que representen un riesgo para la vida. No vaya para recibir atención de rutina o solo porque es más sencillo.
- ♦ Llame con anticipación para solicitar una cita. Los proveedores de atención médica no tienen tiempo para ver a pacientes que acuden sin una cita, así que llame y solicite una.
- ♦ Acuda a las citas y sea puntual. Llame al proveedor con anticipación si llegará tarde o si no podrá asistir a la cita. Es posible que deba pagar un cargo por no presentarse si no llama y cancela la cita. Kid Care CHIP no pagará estos cargos.
- ♦ Los controles regulares son una parte importante para la vida saludable de su hijo. El programa proporciona cobertura para exámenes, pruebas de detección, pruebas y vacunas que forman parte de un control regular.
- ♦ Ayude al proveedor a obtener los registros médicos anteriores de su hijo y a completar registros nuevos.
- ♦ Informe al proveedor sobre todos los problemas médicos de su hijo. Informe al proveedor cuáles son las señales de problemas, dolor o cambios que ha notado. Informe al proveedor sobre las alergias y necesidades de salud poco usuales. Haga preguntas. A veces ayuda escribir una lista de preguntas antes de asistir a la cita. Antes de que se proporcione el tratamiento o se suministren los medicamentos con receta médica, pregunte sobre los riesgos, las opciones y los costos.
- ♦ Siempre debe intentar surtir las recetas de su hijo en la misma farmacia. El farmacéutico puede responder preguntas sobre los medicamentos con receta médica y cómo funcionan.
- ♦ Siempre que sea posible, utilice medicamentos genéricos.
- ♦ Obtenga instrucciones completas sobre los medicamentos, los tratamientos o las pruebas. Escríbalas o solicítele al proveedor que las escriba por usted.
- ♦ Pague el copago (si fuera requerido) cuando reciba los servicios.
- ♦ Tómese su tiempo para decidir sobre un tratamiento o procedimiento antes de que ocurran. Considere detenidamente sus opciones con respecto a un tratamiento o procedimiento. Analice las opciones con el proveedor. Para algunos procedimientos, el proveedor necesitará tiempo para obtener la aprobación de BCBSWY.
- ♦ No firme nada que no comprenda. Haga preguntas hasta que comprenda todo. Considere lo que pasará si no accede a un procedimiento o tratamiento.
- ♦ Si su hijo obtiene otra cobertura de seguro de salud, llame a la oficina de Kid Care CHIP de inmediato al 1-855-294-2127.
- ♦ La salud dental es otra parte importante de la buena salud general. Los controles y las limpiezas regulares desempeñan una función importante para mantener los dientes fuertes y saludables.

## ¿Qué es la carta de Explicación de beneficios (EOB)?

Su carta de Explicación o EOB se envía después de que el médico presenta un reclamo por servicios. Por lo general, los reclamos se presentan en el plazo de una o dos semanas después de la visita. Una vez que BCBSWY procesa el reclamo, se le envía la EOB a usted como un registro del reclamo. Esta le informa qué servicios paga BCBSWY cuando su hijo acude al médico, hospital o farmacia.

**La EOB no es una factura.** Usted no le envía dinero a BCBSWY. El médico le facturará cualquier saldo adeudado, como un copago impago y por cualquier servicio no cubierto en virtud de Kid Care CHIP. Muchas veces, en el consultorio del médico se colectará el copago al momento del servicio. Siempre debe pagar el copago según lo requerido.

### Temas a tener en cuenta:

- ♦ Resumen para el paciente: en esta sección aparece el nombre de su hijo, el nombre del proveedor que factura los servicios, el monto facturado, el monto pagado por el plan o descontado, y el monto que usted debe pagar. Esto puede incluir el copago y los servicios no cubiertos por Kid Care CHIP. Puede encontrar más detalle sobre cada cargo en el reverso de la EOB.
- ♦ Copagos: en esta sección se muestran los montos totales de copagos y otros servicios no cubiertos que se han acumulado durante el año de beneficios. Si el monto del copago alcanza el límite identificado en su carta de inscripción, ya no deberá pagar copagos hasta el final del año de inscripción. Los copagos comienzan nuevamente al inicio del año de inscripción. Sin embargo, seguirá siendo responsable de pagar los servicios no cubiertos.

# Solicitud de revisión de un reclamo

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por BCBSWY, puede comunicarse con ellos para hacer preguntas o para solicitar una revisión de la decisión. Puede presentar una apelación por escrito al enviar su solicitud a la siguiente dirección:

Blue Cross Blue Shield of Wyoming  
Departamento de Servicios para Miembros  
P.O. Box 2266  
Cheyenne, WY 82003

Recibirá una respuesta a su apelación interna en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de la misma.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por Delta Dental Plan of Wyoming, pueden comunicarse con ellos para solicitar una revisión de la decisión. También puede presentar una apelación por escrito a la siguiente dirección:

Delta Dental Plan of Wyoming  
P. O. Box 29  
6234 Yellowstone Rd  
Cheyenne, WY 82003

Recibirá una respuesta a su apelación interna en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de la misma.

Si no está satisfecho con la decisión de BCBSWY o Delta Dental con respecto a su apelación, puede apelar la decisión. En un plazo de 45 días a partir de la fecha de recepción de la carta sobre la decisión de BCBSWY o Delta Dental, puede escribir una queja y enviarla a la siguiente dirección:

Kid Care CHIP  
Wyoming Department of Health Fair Hearings  
6101 Yellowstone Road, Suite 210  
Cheyenne, WY 82002

Es posible que también tenga derechos en virtud de la ley de seguros de Wyoming. Para obtener más información sobre esos derechos, llame o escriba a la siguiente dirección:

Wyoming Insurance Department  
106 East 6th Avenue  
Cheyenne, WY 82002  
1-800-438-5768

Los niños inscritos en Kid Care CHIP tienen derecho a lo siguiente:

1. Igual acceso a los servicios, independientemente de la raza, el color, el sexo, la nacionalidad, la discapacidad o la edad.
2. Un intérprete bilingüe, cuando sea necesario para que la comunicación sea eficaz.
3. Servicios de asistencia para responder a una discapacidad.
4. Presentar una queja si considera que fue tratado de manera discriminatoria.

Si necesita información adicional sobre estas protecciones llame o escriba a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights  
US Department of Health and Human Services  
Federal Office Building  
1961 Stout Street, Room 1426  
Denver, CO 80294-3538  
Número de teléfono: 303-844-2024  
FAX: 303-844-2025  
Número TDD: 303-844-3439

# Recursos para padres

***Los mejores comienzos (Best Beginnings):*** (307) 777-7944

Desarrollo de sistemas de salud de la comunidad local con respecto a problemas en el embarazo y el período prenatal.

***Servicios Especiales de Salud para Niños:*** (800) 438-5795

Proporciona coordinación para la atención, asistencia financiera limitada a través de un reembolso al proveedor de tarifa por servicio prestado para diagnósticos seleccionados y acceso a servicios especializados para niños y adolescentes con necesidades de atención médica especiales dentro de sus comunidades.

***Exención de Salud Mental para Niños:*** (307) 777-3352

Proporciona servicios no clínicos a familias necesitadas, incluida la coordinación de atención familiar, capacitación y respaldo individualizado limitado para el niño (relevo) y capacitación y respaldo para la familia (para proveedores de atención no pagos). Los niños de 4 a 20 años que padecen un trastorno emocional grave y que viven en los condados de Fremont, Laramie, Natrona y Teton pueden solicitar la exención.

***Programa de control y prevención de la diabetes:*** (307) 777-3579

Proporciona liderazgo y coordinación de actividades de control y prevención de la diabetes en todo el estado, enfocadas en la concientización pública, la educación a proveedores, la mejor atención al paciente, la asociación sinérgica y el desarrollo de políticas.

***Enfermería de salud pública (PHN):*** (307) 777-6360

Las oficinas de la Enfermería de salud pública (Public Health Nursing, PHN) se encuentran en todos los condados de Wyoming y proporcionan servicios directos en las áreas de enfermedades contagiosas, prevención y promoción de la salud; salud materno infantil; pruebas de detección previas a la hospitalización para el servicio de enfermería; y atención médica a domicilio para todas las edades. PHN presta servicios como proveedor local para muchos programas departamentales.

***Programa de Mujeres, Lactantes y Niños (WIC):*** 1-800-994-4769

Programa cien por ciento financiado por la autoridad federal que proporciona un paquete de productos alimenticios complementarios y nutritivos, educación sobre nutrición y lactancia materna y referencia médica para mujeres embarazadas, puérperas y que amamantan; lactantes; y niños hasta los cinco años cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 185 % de pobreza y que muestren un riesgo de salud relacionado con la nutrición. Servicios prestados a un promedio de 11,500 clientes por mes a través de 17 oficinas del programa de Mujeres, Lactantes y Niños (Women, Infants and Children, WIC) locales que prestan servicios a 37 comunidades de Wyoming.

# Notas

*Recuerde llevar la tarjeta del seguro Blue Cross Blue Shield of Wyoming cuando visite al médico, acuda a la farmacia o para recibir servicios para la vista.*

*Recuerde llevar la tarjeta del seguro Delta Dental of Wyoming cuando vaya al dentista.*

# Notas

**Blue Cross Blue Shield of Wyoming  
Kid Care CHIP Member Service  
1-800-209-9720**



**WYOMING**

*An independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association*

**Blue Cross Blue Shield of  
Wyoming  
PO Box 2266  
Cheyenne, WY 82003  
(307) 634-1393**