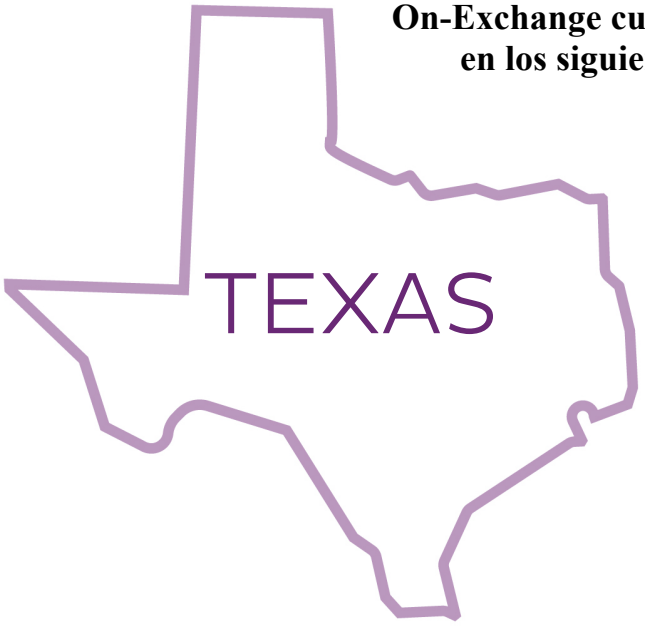
2023

CHRISTUS® Health Plan

Plan Texas Complete

EVIDENCIA DE COBERTURA



CHRISTUS Health Plan Texas
On-Exchange cubre a los miembros
en los siguientes condados:

Anderson	Harrison	Nueces
Aransas	Hays*	Orange
Bee	Hopkins	Rains
Bowie	Jasper	Red
Brooks	Jefferson	River
Caldwell	Jim Wells	Refugio
Cass	Karnes	San Patricio
Cherokee	Kenedy	Smith
Comal	Kleberg	Titus
Franklin	Live Oak	Tyler
Gregg	Marion	Upshur
Guadalupe	Morris	Van Zandt
Hardin	Newton	Wood

Solo el código postal: 78666

CHRISTUS Health Plan

CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Plan Texas Complete
Cobertura individual y familiar

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. AL ADQUIRIR ESTA PÓLIZA, EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUSCRIPTOR, EL EMPLEADOR PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS, QUE, DE OTRA MANERA, SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, COMO CORRESPONDE A LOS NO SUSCRIPTORES Y SE DEBE PRESENTAR Y PUBLICAR LAS NOTIFICACIONES NECESARIAS.

ESTE CONTRATO NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, consulte la Guía de seguro médico para personas con Medicare disponible de la compañía.

Este contrato entra en vigor a partir de las 12:01 a. m. de la fecha en que empieza la cobertura del Miembro y termina a las 11:59 p. m. del último día del mes por el que se pagó la prima y la fecha en la que la cobertura del Miembro termina.

CHRISTUS HEALTH PLAN
919 Hidden Ridge
Irving, Texas 75038
Línea gratuita: 1-844-282-3025
www.christushealthplan.org

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan

Nos complace que haya escogido a CHRISTUS Health Plan. Hemos estado atendiéndole a Usted, su familia y su comunidad durante 150 años. Nos complace poder servirlo ahora a través de nuestro plan de salud.

Cuando usted se une a CHRISTUS Health Plan, está participando en un plan de salud que es parte de un sistema de salud más grande. Nuestro sistema de salud se basa en la fe y no es lucrativo. Al ser un sistema de salud, podemos coordinar su atención. Estamos aquí para ayudarle, ya sea que Usted esté sano y solo necesite cuidado preventivo, o que necesite consultar a un médico o si tiene un problema de salud grave. Creemos que usted, su familia y su comunidad son fundamentales para su bienestar. Lo involucraremos en las decisiones acerca de su atención médica y le daremos las herramientas y el apoyo que usted necesita para controlar su salud y sus beneficios.

Este Contrato y Evidencia de Cobertura ("Contrato") para el Plan Texas Complete es ofrecido por CHRISTUS Health Plan, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization (HMO)) con licencia del estado de Texas. Este Contrato explica sus derechos y beneficios bajo este contrato individual y familiar de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de CHRISTUS Health Plan. Este Contrato incluye un *Programa de Beneficios* y constituye un contrato legal entre Usted, el Miembro (designado como Miembro, Usted, Su o Sus) y CHRISTUS Health Plan (designado como CHRISTUS Health Plan, Nosotros, Nuestro y Nos). El *Resumen de Beneficios* es un documento distintos incluidos en este paquete de bienvenida.

A lo largo de este Contrato, por favor consulte el *Programa de Beneficios* en este Contrato para conocer algunos de los Beneficios Cubiertos específicos que proporciona el Contrato, los montos específicos que Usted debe pagar (costo compartido) y algunas Limitaciones de Cobertura y Exclusiones. El *Programa de Beneficios* es parte de este Contrato, y ambos proporcionan una descripción completa de los Beneficios Cubiertos, Exclusiones y condiciones del Plan.

POR FAVOR, LEA ESTE CONTRATO CUIDADOSAMENTE y mantenga este Contrato junto con el *Programa de Beneficios* en un lugar seguro y al que pueda acceder rápidamente. También tenga en cuenta que Sus médicos y Proveedores no tienen una copia de este Contrato y no son responsables de conocer o explicarle sus Beneficios Cubiertos.

Este Contrato proporciona información importante acerca de:

- Sus Derechos y Responsabilidades como Miembro;
- Beneficios Cubiertos en virtud del Plan y cómo acceder a ellos;
- Limitaciones y Exclusiones del Plan; y
- Cómo solicitar ayuda de CHRISTUS Health Plan.

Palabras clave usadas en este Contrato

Debido a que este es un documento legal, existen ciertos términos clave que tienen significados especiales. Estos términos se explican en la sección de DEFINICIONES de este Contrato. Revise esta sección cuidadosamente.

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECIONES IMPORTANTES

Member Services	**Dirección:** CHRISTUS Health Plan Attn: Member Service Department 919 Hidden Ridge Irving, Texas 75038	**Línea gratuita** **1-844-282-3025** **TTY** **7-1-1**
Autorización previa	**Dirección:** CHRISTUS Health Plan Attn: Preauthorization Department 919 Hidden Ridge Irving, Texas 75038	**Línea gratuita** **1-844-282-3025** **TTY** **7-1-1**
Reclamos	**Dirección:** CHRISTUS Health Plan Atención: Claims Department P.O. Box 169012 Irving, Texas 75016	**Línea gratuita** **1-844-282-3025** **TTY** **7-1-1**
Quejas, Apelaciones y Agravios	**Dirección:** CHRISTUS Health Plan Attn: Complaints, Appeals & Grievances Department P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016	**Línea gratuita** **1-844-282-0380** **TTY** **7-1-1**
Fraude, Desperdicio y Abuso	**Correo electrónico:** CHRISTUSHealthSIU@CHRISTUSHealth.org	**Línea gratuita** 1-855-771-8072 **TTY** 7-1-1 **Secure Fax:** 1-210-766-8849
Sitio web www.christushealthplan.org		
Servicios de Acceso a Idiomas Línea gratuita 1-800-752-6096		

ÍNDICE

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan **2**
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECIONES IMPORTANTES **4**
ÍNDICE **5**
AVISO PARA MIEMBROS DE LA HMO DE TEXAS **9**
Derechos del miembro 10
Responsabilidades del miembro 11
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN **13**
Elegibilidad 13
Inscripción 15
Inscripción inicial 15
Aviso de cambio de estatus 15
Cancelación de la Cobertura 16
CÓMO FUNCIONA SU PLAN **18**
Médico de atención primaria 18
Tener un especialista como PCP 19
Directorio de Proveedores de CHRISTUS Health Plan 19
Tarjeta de Identificación 20
Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de Identificación 20
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS **22**
Máximo anual de desembolso directo 22
Copagos 23
CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA **24**
Atención de emergencia 24
Servicios de atención de emergencia con un proveedor o en un centro no participante. 25
Atención de urgencia 25
Visitas al consultorio 26
Servicio de ambulancia 27
Continuidad de la atención 27
Acceso a proveedores no participantes 28
Costos de los Proveedores no Participantes 29
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA **31**
¿Qué es una Autorización previa? 31
¿Cómo obtener una Autorización previa? 31
¿Cómo funciona el proceso? 32
¿Qué servicios requieren de Autorización previa? 32
Autorización previa para Medicamentos con receta e infusiones intravenosas 33

Decisiones relacionadas con Autorizaciones previas, Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas 33
Apelación para Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas....33
Qué pasa si la Autorización previa es rechazada....34
BENEFICIOS CUBIERTOS....36
Servicios cubiertos específicamente....36
Necesidad médica....36
Beneficios específicos cubiertos:....37
Lesión accidental (trauma), atención urgente, servicios de emergencia y servicios de observación....37
Atención de urgencia....37
Servicios de atención de emergencia....37
Servicios de observación....38
Daño cerebral adquirido....39
Servicios de ambulancia....39
Servicios de ambulancia en caso de emergencia....39
Servicio de ambulancia por alto riesgo....40
Servicio de ambulancia para traslados entre centros....41
Ensayos clínicos....41
Atención médica certificada para enfermos terminales....42
Servicios de atención médica preventiva....43
Servicios preventivos para Miembros adultos....43
Servicios preventivos específicos para mujeres....44
Servicios de prevención para niños....45
Terapias complementarias....46
Servicios quiroprácticos....46
Servicios dentales (limitados)....46
Servicios para personas diabéticas....47
Servicios de diagnóstico....48
Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, dispositivos prostéticos, reparación y reemplazo de equipo médico durable, dispositivos prostéticos y ortopédicos y audífonos 49
Aparatos ortopédicos....50
Dispositivos prostéticos....50
Dispositivos médicos implantados....51
Dispositivos auditivos....51
Trastorno por errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés)....52
Alimentos médicos especiales para Errores congénitos del metabolismo....52
Servicios de habilitación....53
Trastorno del espectro autista....53
Servicios de atención médica en el hogar....53
Servicios para pacientes hospitalizados....54
Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados....55
Servicios médicos para pacientes hospitalizados....55

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados 56
Terapia de oxigenación hiperbárica 56
Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, alcoholismo y Consumo de Sustancias 56
Servicios por consumo de alcohol y de sustancias 57
Tratamiento de salud conductual 57
Suplementos y apoyo nutricional 57
Evaluación nutricional 58
Medicamentos orales contra el cáncer 58
Servicios médicos para pacientes ambulatorios 58
Servicios del médico/proveedor 60
Visitas al consultorio médico 60
Tratamiento de alergias 60
Segundas opiniones 60
Fármacos/Medicamentos con receta 60
Cirugía reconstructiva 62
Terapia de rehabilitación 63
Centro de enfermería especializada 63
Programa/asesoría para dejar de fumar 63
Trasplantes 64
Definición de servicio de trasplante 64
Autorización previa 64
Costo de la adquisición de órganos 64
Viaje para obtener un trasplante 65
Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos 65
Atención de la vista 65
Atención médica para mujeres 66
Atención médica para la maternidad 67
Atención médica prenatal por maternidad 67
Suplementos nutricionales 70
Continuidad de la atención 70
Beneficios adicionales de atención médica para mujeres 70
Atención médica para mastectomía 70
Cobertura por osteoporosis 70

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR 72

EXCLUSIONES 72

RECLAMOS 79

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS 83

PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES 91

PAGO DE LAS PRIMAS 99

DISPOSICIONES GENERALES **100**
DEFINICIONES **106**
ÁREA DE SERVICIO **120**

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

CHRISTUS Health Plan está comprometido a proporcionarle beneficios de atención médica de alta calidad. Como Miembro de CHRISTUS Health Plan (el Plan), Usted tiene ciertos derechos, así como algunas responsabilidades. Es importante que usted comprenda completamente sus derechos y responsabilidades bajo este Contrato. Esta Sección le explica sus derechos y responsabilidades bajo este Contrato y cómo puede participar en Nuestra Junta de Consumidores.

AVISO PARA MIEMBROS DE LA HMO DE TEXAS

Un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) no proporciona beneficios para servicios que reciba de médicos o proveedores fuera de la red, con las excepciones específicas que se describen a continuación en su evidencia de cobertura.

Usted tiene derecho a acceder a una red adecuada de médicos y proveedores dentro de la red (conocida como la red de médicos y proveedores).

Si Usted cree que su red no es adecuada, puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de Texas en el sitio web www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

Si su plan HMO aprueba un referido para servicios fuera de la red debido a que no hay un médico o proveedor de la red disponible, o si usted recibió atención de emergencia fuera de la red, el plan HMO debe, en la mayoría de los casos, pagar la factura del médico o proveedor fuera de la red para que usted solo pague la cantidad del copago, coseguro y deducible aplicables a los servicios dentro de la red.

Usted puede obtener un directorio actualizado de la red de médicos y proveedores en el siguiente sitio web: www.christushealthplan.org o llamando a 1-844-282-3025 para recibir asistencia para encontrar médicos y proveedores de la red que estén disponibles. Si usted utilizó la información de un directorio materialmente incorrecto, usted tiene derecho a presentar una queja para pagar un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de la red, si presenta la copia del directorio con la información incorrecta al HMO, en no más de 30 días después de haber recibido el servicio.

Derechos del miembro

Como Miembro del Plan, usted tiene derecho a:

- Acceder de manera oportuna y rápida la atención para servicios cubiertos y médicamente necesarios, incluyendo las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los servicios de atención de urgencia y emergencia y para otros servicios de atención médica según lo define este Contrato o el *Programa de Beneficios*.
- Ser tratado de manera oportuna, cortés y responsable para respetar su dignidad y privacidad.
- Obtener información detallada sobre su cobertura, los beneficios y los servicios que se ofrecen en virtud de este Contrato. Esto incluye cualquier exclusión de las Afecciones específicas; padecimientos o trastornos, que incluyen beneficios restringidos de recetas médicas; las políticas y los procedimientos del Plan respecto a productos, servicios, procedimientos de apelación de los Proveedores y otra información acerca del Plan y los beneficios que le proveemos a usted. Esto también incluye el acceso a una lista actual de Proveedores Participantes de la red del Plan, información acerca de la educación, experiencia y consultorio de un Proveedor Participante en particular, los derechos y responsabilidades del Miembro, al igual que el derecho a hacer recomendaciones acerca de nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los Miembros.
- Acceder a atención de salud asequible, incluyendo información sobre sus desembolsos directos, limitaciones, el derecho a recibir atención de un Proveedor no Participante, y una explicación de su responsabilidad financiera cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor no Participante o sin Autorización previa.
- Escoger un Proveedor de atención primaria (PCP) dentro de los límites de los Servicios Cubiertos, la red del Plan y según lo estipula el Contrato, incluyendo el derecho a rechazar la atención de Profesionales de la atención de la salud específicos. Además, tiene derecho a participar junto a sus Proveedores, en las decisiones relacionadas con su atención médica.
- Recibir explicaciones de su Proveedor Participante acerca de su Afección médica, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables en términos que usted pueda comprender. Si usted no comprende la información, se le dará una explicación a sus familiares más cercanos, tutor legal u otra persona autorizada. Esta información se documentará en su expediente médico.
- Acceder a todos los derechos otorgados por una ley, regla o regulación como paciente en un Centro de Atención Médica certificado, que incluye el derecho a que su Proveedor Participante lo informe acerca de su tratamiento en términos que usted pueda comprender; a solicitar su consentimiento (acuerdo) para el tratamiento; rechazar el tratamiento, incluidos los medicamentos; y a que se le informe sobre las consecuencias de tal rechazo. Estos derechos están disponibles incluso si el tratamiento no es un Beneficio Cubierto o no es médicamente necesario bajo el Plan. En caso de una emergencia en la que su vida o su salud se encuentre en grave peligro es posible que usted, su familiar más cercano, su

tutor legal u otra persona autorizada no tenga derecho a dar el consentimiento ni autorizar su tratamiento.

- Expresar sus Quejas o Apelaciones ante el Plan o ante el Superintendente de seguros (Superintendente) sobre el Plan o la cobertura que proveemos. Como Miembro usted también tiene derecho a recibir una respuesta dentro de un plazo razonable, conforme a la ley actual y sin temor a represalias.
- Ser notificado con prontitud de la cancelación o cambios en los beneficios, servicios o la Red de Proveedores
- Que se manejen de manera confidencial todas las comunicaciones, incluida la información médica y financiera que conserva el Plan. Nosotros y nuestros Proveedores mantendremos la privacidad de sus expedientes médicos y financieros de conformidad con la ley existente.
- Obtener una explicación completa de por qué se deniega un beneficio, la oportunidad de apelar una decisión de denegación, a nuestra revisión interna y el derecho a solicitar ayuda de parte del Superintendente.
- Conocer, bajo petición, cualquier acuerdo o disposición entre el Plan y nuestros Proveedores Participantes, lo que puede restringir los referidos, las opciones de tratamiento o límite de los servicios ofrecidos.
- Obtener tratamiento y servicios que sean Beneficios Cubiertos de parte de Profesionales de Atención Médica calificados que se encuentren cerca de donde usted vive o trabaja dentro del Área de Servicio del Plan.
- Recibir información acerca de cómo se autorizan o deniegan los beneficios. Tiene el derecho a saber cómo se evalúa la nueva tecnología para los Beneficios Cubiertos. También puede solicitar y recibir información acerca de la metodología de Revisión de Utilización y aseguramiento de la calidad del Plan.
- Recibir información detallada acerca de todos los requisitos que debe seguir para la Autorización previa y la Revisión de Utilización.

Responsabilidades del miembro

Como Miembro del Plan, usted es responsable de:

- Proveer información verdadera y completa a las personas que le brindan atención médica.
- Revisar y entender completamente la información que recibe acerca de su Plan.
- Conocer el uso apropiado de los servicios que cubre el Plan.
- Presentar su Tarjeta de identificación del Plan antes de recibir atención médica.
- Consultar a su Médico antes de recibir atención médica, a menos que su Afección médica sea mortal.
- Notificar con prontitud a su Proveedor si usted se retrasará o si no podrá asistir a una cita.
- Pagar todos los montos de cargos o Costos compartidos, incluyendo los generados por citas a las que no asistió.
- Expresar sus opiniones, Quejas o Inquietudes de una manera constructiva al Servicio al Miembro de CHRISTUS Health Plan o a su Proveedor.

- Informar al Plan sobre cualquier cambio sobre el tamaño de la familia, la dirección, el número de teléfono o estatus de membresía en un plazo de treinta (30) días calendario a partir del cambio.
- Pagar a tiempo las Primas.
- Avisar al Plan acerca de otra cobertura.
- Seguir nuestro proceso de Apelaciones y Quejas cuando no esté satisfecho con las acciones o decisiones del Plan o de un Proveedor.
- Entender sus problemas de salud y participar en la elaboración de objetivos de tratamiento con los que usted esté de acuerdo con sus Proveedores.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que usted aceptó con su Proveedor.

Todos los Miembros son responsables de comprender cómo funciona el Plan. Usted debe leer cuidadosamente y consultar este Contrato y su *Programa de Beneficios*. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Miembro cuando tenga preguntas o inquietudes acerca de su Plan.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

Para ser elegible para recibir los Beneficios Cubiertos de conformidad con este Contrato, usted debe estar inscrito como Miembro. En este contexto, el Miembro es la persona que ha solicitado cobertura en nombre de sí mismo y sus Dependientes y para quien ha sido emitido este Contrato.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan, Usted debe ser una Persona Calificada:

- Ser un ciudadano o tener nacionalidad estadounidense;
- Encontrarse legalmente en los Estados Unidos, si no es un ciudadano o tiene nacionalidad estadounidense;
- No estar en prisión, ni tener cargos que estén pendientes de una disposición final de los cargos;
- No ser elegible para recibir Medicare por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, además de las personas con enfermedad renal terminal o mayores de 65 años y que sean elegibles para la Parte A sin prima, pero no perciben beneficios del Seguro Social y no estén inscritos en la Parte A ni la Parte B;
- Debe residir en el Área de servicio de CHRISTUS Health Plan o el Suscriptor debe residir en el Área de servicio y seguir cumpliendo estos requisitos.

Usted puede agregar un recién nacido y otros Dependientes a su Plan, al completar un formulario de inscripción para los Dependientes y enviárnoslo. Usted debe notificarnos dentro de los 31 días siguientes al nacimiento del bebé que desea agregar como dependiente y pagar cualquier prima requerida para continuar con la cobertura. No excluiremos ni limitaremos la cobertura para un hijo recién nacido del Suscriptor o del cónyuge del Suscriptor; los defectos congénitos serán tratados de la misma manera que otra enfermedad o lesión para la cual se proporcione cobertura. No solicitaremos que su hijo recién nacido puede reciba servicios de un Proveedor participante si el recién nacido nace fuera del Área de servicio debido a una emergencia o si nace en una Instalación no Participante y la madre no tiene cobertura de HMO. Es posible que necesitemos que el recién nacido sea transferido a una Instalación Participante bajo nuestra responsabilidad, y si aplica, a un Proveedor Participante cuando la transferencia sea médicamente apropiada a criterio del médico tratante del recién nacido.

Un hijo recién nacido de un Suscriptor o el cónyuge del Suscriptor tiene derecho a la cobertura durante los 31 días siguientes al nacimiento. Un Miembro cuenta con 31 días después del nacimiento de un niño para notificarnos, ya sea verbalmente o por escrito, sobre la adición del recién nacido como Dependiente cubierto. Además, los nietos que vivan en el hogar del Suscriptor también pueden calificar como Dependientes.

Para calificar, los nietos deben:

- no estar casados;
- ser menores de 25 años; y
- dependiente para propósitos fiscales al momento de la solicitud de cobertura.

Puede que no se termine la cobertura para un nieto solamente porque ya no es un dependiente para propósitos fiscales.

A menos que apliquen circunstancias especiales, la cobertura de dichos Dependientes está limitada a aquellos que son menores de veintiséis (26) años. Los Dependientes mayores de 26 años pueden calificar para la continuidad de la cobertura de dependiente una vez el hijo sea incapaz de sostenerse con un empleo por motivos de discapacidad mental o física, la cual existía antes de alcanzar esa edad y que además dependía principalmente del Suscriptor para manutención y apoyo.

Para ser elegible como Dependiente,

- Inscribirse al mismo tiempo que el Miembro;
- Ser un Dependiente del Suscriptor en virtud de la Ley de Texas;
- Ser inscrito en los primeros 31 días posteriores a la fecha del nacimiento.

El dependiente de un Miembro es su cónyuge o pareja de unión libre, y sus hijos menores de 26 años. El término “hijo/hijos” incluye un hijo natural, un hijastro, un hijo adoptado legalmente, incluyendo los hijos que hayan sido objeto de una demanda de adopción del Miembro, de su cónyuge o su Pareja de Unión Libre o un hijo para quien el Miembro, su cónyuge o su Pareja de Unión Civil es tutor legal.

Dependiente también incluye a cualquier hijo de veintiséis (26) años o más que sea incapaz de mantenerse por sus propios medios debido a una discapacidad mental o física. Usted debe presentarnos una prueba de la discapacidad física o mental del niño y de su dependencia dentro de los treinta y un (31) días después de la fecha en la que su hijo deje de calificar como Dependiente. Es posible que necesitemos esta prueba de discapacidad del dependiente una vez al año para la continuidad de la cobertura.

Usted debe comprobar con la orden de un juez que Usted es el tutor legal de cualquier hijo o hijos (por ejemplo, con una Orden Médica Calificada de Manutención Infantil). Nosotros le brindaremos cobertura a sus hijos Dependientes según sea requerido por una Orden Médica Calificada de Manutención infantil según la ley federal o estatal o regulaciones aplicables. Estos Dependientes no están bajo las restricciones de la temporada de inscripciones.

Los derechos de los padres que tienen la custodia

Si un hijo Dependiente tiene cobertura de un padre que no tiene su custodia, o un padre que no tiene la custodia principal de su hijo, le brindaremos al padre con la custodia la información necesaria para que el niño adquiera los beneficios de; permiso para que el padre con la custodia o el Proveedor envíe las reclamaciones de cobertura de servicios sin necesidad de la aprobación del padre que no tiene la custodia; y realice los pagos de las reclamaciones enviadas de acuerdo con la ley de Tejas directamente al padre que tiene la custodia, el proveedor o la agencia Medicaid del estado.

Los derechos de los padres que no tienen la custodia

Reconocemos los derechos de los padres que no tienen la custodia de sus hijos, que están cubiertos bajo un contrato de custodia paterna, excepto los que les han sido retirados por una orden de juez o decreto de divorcio. Los padres que no tienen la custodia pueden contactarnos para obtener y brindar la información necesaria, incluyendo, pero no limitada a: información del proveedor, información de reclamación, pago de reclamación e información de beneficios o servicios para el niño.

Inscripción

Si Usted cumple con los criterios de elegibilidad para Miembros o Dependientes, puede inscribirse enviándonos una solicitud de inscripción completa. Puede encontrar una versión en papel de la solicitud en www.christushealthplan.org.

De ser aprobado, los Miembros y los Dependientes tendrán cobertura que entra en vigencia a las 12:01 a. m en la fecha efectiva aprobada por Nosotros.

La fecha efectiva de cobertura para Dependientes inscritos como resultado de una Orden Médica Calificada de Manutención Infantil es el primer mes siguiente al recibo de la orden o la fecha efectiva de la orden, que no sobrepase sesenta (60) días de cobertura retroactiva.

Inscripción inicial

La cobertura de este Contrato entrará en vigor en la fecha aprobada por Nosotros.

Aviso de cambio de estatus

Cualquier cambio en el estatus del Miembro después de la Fecha de vigencia de la cobertura se debe informar a Servicio al Miembro. Los cambios también pueden ocasionar cambios en las primas. Entre los ejemplos se incluyen:

- Cambio de dirección o en la información de contacto;
- Cambio en el estatus de elegibilidad; o
- Cambio en el consumo de tabaco.

En caso de un cambio en el estado civil, se debe emitir a esa persona una cobertura.

Cancelación de la Cobertura

La cobertura de un Miembro termina bajo este contrato en la más próxima de las siguientes fechas, cuando:

1) No hayamos recibido la prima a su vencimiento, sujeto a la disposición del Período de gracia de este Contrato.
2) El Miembro ya no viva, resida o trabaje en el Área de Servicio, después de haber recibido un aviso por escrito con no menos de 30 días de anticipación, con la excepción de que no cancelaremos la cobertura otorgada a un niño sujeto de una orden de apoyo médico porque no viva en el Área de Servicio;
3) El Plan o el tipo particular de cobertura individual se suspende; pero solo si la cobertura se termina uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de inscritos que puedan ser elegibles para la cobertura. Podemos cancelar la cobertura después de 90 días de haber recibido un aviso por escrito, y se debe ofrecer a cada inscrito en base a una emisión de garantía, cualquier otra cobertura de atención médica básica individual que tengamos en el Área de Servicio. En caso de terminación por suspensión de toda la cobertura de atención médica básica individual en el área de cobertura por nuestra parte, pero solo si la cobertura es suspendida uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de inscritos que puedan ser elegibles para la cobertura, podemos cancelar la cobertura después de una notificación por escrito al comisionado y a los inscritos.
4) El Miembro se involucre en fraude o presente de manera intencional información falsa de un hecho en la solicitud de inscripción, después de no menos 30 días de haber recibido un aviso por escrito;
5) El Miembro se involucre en fraude en el uso de servicios o instalaciones, después de no menos 30 días de haber recibido un aviso por escrito.

A menos que se haya indicado lo contrario anteriormente, la cobertura terminará a las 11:59 p. m. del último día del mes cuyas primas fueron pagadas. El Miembro será el responsable de los reclamos pagados después de la fecha de cancelación.

No pagaremos ningún Servicio Cubierto proporcionado a un Miembro o Dependiente después de la fecha de cancelación. A menos que exista un acuerdo por escrito, no se brindará ningún Beneficio Cubierto bajo este Contrato después de su fecha de cancelación, incluyendo si Usted o su Dependiente está aún en el hospital después de la fecha de cancelación de este Contrato.

Conversión de cobertura

Los Dependientes elegibles para este Contrato tienen derecho de una conversión a un nuevo Contrato en caso de:

1) muerte del Miembro, o
2) divorcio, anulación o disolución de matrimonio o separación legal del cónyuge con el Miembro.

El derecho de conversión no aplica si:

- La cobertura se termina debido a falta de pago en las primas,
- El Dependiente es elegible o está inscrito en Medicare.

El Dependiente debe notificarnos su deseo de hacer la conversión de su cobertura. Le enviaremos un aviso de derechos de conversión. El Dependiente debe pagar la prima que aplique, dentro de los treinta días después de recibir el aviso de derechos de conversión que le enviemos.

Un Dependiente que se haga Miembro bajo el nuevo Contrato debe continuar viviendo en el Área de Servicio. No es necesario que los dependientes del Miembro vivan en el área de servicio. El plan de conversión tendrá la misma forma de cobertura ofrecida en ese entonces por Nosotros que la que el Miembro original y sus Dependientes tenían antes de la conversión. Las Primas solicitadas deben pagarse puntualmente. Si el Dependiente desea inscribirse en un plan diferente de beneficios, es posible que se le pida una nueva solicitud de cobertura.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Esta sección explica cómo funciona su Plan, cómo acceder a su Proveedor de atención primaria para recibir atención médica, y las regulaciones que debe seguir cuando reciba dicha atención.

El plan es un plan estilo "HMO", que significa que Usted elije a un Proveedor de atención primaria (PCP) para encargarse de su atención. El Plan también requiere que:

- Usted viva, resida o trabaje en el Área de Servicio, a menos que Usted sea un Dependiente, y cumpla con todas las regulaciones de Cobertura incluidas en este Contrato.
- Debe recibir servicios de atención médica de los Proveedores Participantes en nuestra red. Nuestra
- red la conforman médicos y hospitales que contratamos para prestarle servicios médicos. Si Usted no utiliza a los Proveedores Participantes en nuestra red, es posible que deba pagar por los servicios recibidos.
- Usted puede recibir Servicios Cubiertos de un Proveedor no Participante solo cuando un Proveedor Participante no esté disponible en el Área de Servicio. Para obtener una autorización para recibir estos Servicios Cubiertos, su PCP nos enviará una orden médica. Los servicios de atención médica de Urgencia y de Emergencia están cubiertos, aunque el proveedor no sea un Proveedor Participante.
- Usted paga sus costos compartidos al momento de recibir los Servicios Cubiertos. CHRISTUS Health Plan pagará al Proveedor el saldo adeudado por los Servicios Cubiertos. Su *Programa de Beneficios* le brinda información específica sobre los requisitos de los Costos Compartidos.
- Algunos servicios de atención médica requerirán Autorización previa para ser cubiertos por el plan. Por ejemplo, se requiere Autorización previa para algunas Hospitalizaciones (la atención de maternidad no requiere Autorización previa) y otros tipos de atención ambulatoria. Su Proveedor Participante debe asegurarse de que se cuente con la Autorización previa cuando se necesite. Para obtener más información, lea la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA, incluida en este Contrato.
- Se cubren los servicios de atención médica de emergencia fuera del Área de servicio;
- sin embargo, es posible que no se cubra otros tipos de atención médica.

Médico de atención primaria

Tener una relación sólida con su Proveedor de atención primaria (PCP) puede ayudarle a Usted y a su familia a obtener más de los beneficios del Plan Como Miembro de CHRISTUS Health Plan, Usted puede elegir a un PCP para Usted y para cada Dependiente cubierto. Puede consultar nuestro Directorio de proveedores en línea visitando Nuestro sitio web en www.christushealthplan.org, o comuníquese con el Servicio al Miembro para ayudarlo a seleccionar un PCP que sea parte de la red de proveedores de CHRISTUS Health Plan.

Si no selecciona a un PCP al momento de su Inscripción, Nosotros seleccionaremos a un PCP cerca de Usted. Si no selecciona un PCP al momento de su inscripción, no es necesario que use el PCP que le asignamos automáticamente. Llame a Servicio al Miembro al 1-844- 282-3025 para cambiar este o cualquier PCP que seleccione.

Los PCP incluyen, entre otros, médicos de familia, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Cada Miembro elije el tipo de PCP que prefiere. Las mujeres pueden tener a un médico obstetra o a un ginecólogo como su médico de atención primaria, si así lo desean. Para las mujeres que no elijen tener a un médico obstetra o a un ginecólogo como su PCP, no se necesita una orden médica para recibir los servicios de un médico obstetra o ginecólogo que sea un Proveedor Participante Su PCP es el responsable de brindarle los Servicios de atención médica básica. Estos servicios incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia. Una mujer Miembro también puede elegir a un médico obstetra o ginecólogo adicional a su PCP.

Si Usted es un Miembro nuevo y tiene un problema médico o está tomando medicamento, debe llamar al consultorio de su PCP y hacer arreglos para una cita tan pronto como sea posible después de su fecha efectiva.

Tener un especialista como PCP

Algunos especialistas pueden actuar como PCP para Miembros que tengan una Afección médica grave, crónica, que cause discapacidad o que amenace su vida. Esto es permitido si el Especialista brinda todos los servicios de atención médica básica y están contratados con Nosotros para realizar actividades de un PCP. Para averiguar cuáles proveedores prestan servicios en ambas funciones, comuníquese con Servicios al miembro.

Directorio de Proveedores de CHRISTUS Health Plan

Nuestro Directorio de proveedores es una lista de Médicos, Hospitales, farmacias y otros Proveedores contratados por nosotros. El Directorio de proveedores está sujeto a cambios a medida que se contratan nuevos Proveedores o finalizan sus contratos. Si un Proveedor figura en el directorio, no garantiza que el proveedor aún esté contratado ni que el proveedor acepte nuevos pacientes.

Si desea verificar el estado de un Proveedor Participante, puede acceder al directorio de Proveedores en línea en Nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Llame a Servicios al Miembro, donde también le ofrecerán información acerca de un Proveedor Participante.

Tarjeta de Identificación

Se le ha emitido una tarjeta de identificación del plan. Si necesita tarjetas adicionales, llame a Servicio al Miembro. Siempre lleve consigo su Tarjeta de identificación del Plan. La tarjeta de identificación del Plan tiene una lista de algunos de esos beneficios que tienen los Miembros y que posiblemente tengan montos por Copago. Puede encontrar la información adicional de costos compartidos en su *Programa de Beneficios*, si corresponde.

Usted tiene derecho a gozar de los beneficios del Plan por los Servicios Cubiertos, si todos sus costos compartidos están pagados y Usted es elegible para obtener los beneficios del Plan. Tener una tarjeta de identificación del Plan no es suficiente para darle el derecho de gozar de los beneficios. No permita que otras personas utilicen su tarjeta de identificación del Plan Si lo hace, Usted será responsable por los gastos de los servicios que reciba la persona que no es Miembro. Además, se puede cancelar la membresía de su plan así como la de sus Dependientes cubiertos. Llame inmediatamente a Servicio al Miembro si perdió o le robaron su tarjeta de identificación de Miembro del plan.

Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de Identificación

ADVERTENCIA: Es importante seguir el consejo de los profesionales médicos y recibir la mejor atención y tratamiento posible. Esta sección no proporciona ninguna orientación o consejos para tratamiento médico y no puede ser interpretada como servicios médicos recetados. No utilice la información de esta sección para tomar decisiones acerca de sus necesidades de atención médica.

Esta sección proporciona información general para proteger sus beneficios médicos y tarjeta de identificación de un uso no autorizado. La información puede ayudar a crear conciencia en cuanto a las estrategias utilizadas por personas inescrupulosas para aprovecharse de usted y así obtener un beneficio económico. Además, en el caso de que alguien diferente a usted utilice su tarjeta de Identificación o beneficios de atención médica, le pedimos que reporte esta situación por teléfono, fax o al correo electrónico que aparece en el siguiente párrafo.

1. El uso de su tarjeta de Identificación o de su Información Personal de Salud por parte de una persona diferente a usted, ya sea que la conozca o no, puede ser considerado como fraude y debe ser reportado inmediatamente a la línea directa para fraudes de CHRISTUS al 855-771-8072, el fax seguro para reporte de fraudes 210-766-8849 o el correo electrónico exclusivo CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org .

2. Por favor reporte cualquiera de los siguientes sucesos:
    a. Un proveedor de atención médica factura tratamiento, servicios o equipo médico que usted no recibió o en una fecha diferente a la fechad e tratamiento.
    b. Un proveedor de atención médica u otra persona le ofrece dinero en efectivo, una tarjeta de regalo u otros beneficios a cambio de consultar a un proveedor de atención médica específico.
    c. Si es contactado para ofrecerle un tratamiento gratuito en un hogar de transición para personas hospitalizadas que se recuperan de una adicción, ya sea dentro del estado o fuera de la ciudad.

d. Un proveedor de atención médica factura un monto excesivo por el tratamiento que recibió.
e. Un proveedor de atención médica proporciona tratamiento o servicios que son médicamente innecesarios y que no están relacionados con la afección para la cual buscó tratamiento.
f. Un proveedor de atención médica le solicita que reclute familiares o amigos para cualquier tratamiento o servicio.
g. Usted sigue recibiendo entregas continuas de equipo médico que ya no necesita o utiliza. (Por favor NO deje el tratamiento recetado sin consultar antes a un profesional médico).
h. Su tratamiento dura mucho más del período prescrito o parece no tener fecha de finalización o no ha recibido ningún Plan de Atención.
i. Su tratamiento se ha extendido a múltiples visitas de manera inusual y sin ninguna razón médica.

3. El uso intencional, fraudulento, inapropiado, abusivo y sin autorización de las tarjetas de identificación emitidas a Miembros, incluye pero no se limita a cualquiera de las siguientes acciones:
   a. Usar la tarjeta de identificación antes de la fecha efectiva de pago;
   b. Usar la tarjeta de identificación después de la cancelación de la cobertura de su Plan;
   c. Obtener Medicamentos con receta u otros beneficios para personas que no están cubiertas por el Plan;
   d. Obtener Medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos por el Plan;
   e. Obtener Medicamentos con receta para revender o para que sean utilizados por otra persona que no sea para quien se recetaron, aunque dicha persona esté cubierta de otra manera por el Plan;
   f. Obtener medicamentos sin receta o con una receta falsificada o alterada;
   g. Obtener cantidades de Medicamentos con receta que excedan los estándares de uso prudentes o médicamente necesarios o que evadan las limitaciones de calidad del Plan;
   h. Obtener medicamento con receta utilizando una receta para el mismo medicamento con varios proveedores, o
   i. Obtener medicamentos con receta de varias farmacias usando la misma receta.

4. El uso intencional, fraudulento, inapropiado, abusivo y sin autorización de las Tarjetas de identificación por parte de cualquier Miembro, puede resultar en, pero no está limitado a:
   a. Negación de los beneficios;
   b. Cancelación de cobertura;
   c. Limitación del uso de la tarjeta de identificación a un Médico designado, otro Proveedor o Farmacia dentro de la red
   d. Que usted reintegre cualquier pago de beneficios que se le haya hecho;
   e. Solicitud de Autorización previa para la compra de medicamentos o servicios médicos, o
   f. Aviso a las autoridades competentes por la violación potencial a la ley o a la ética profesional.

SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS

Los Costos compartidos son los costos que se comparten por los Servicios Cubiertos por este Plan. Los pagos de Costos compartidos de su plan incluyen los Copagos de cada tipo de servicio, según se encuentra detallado en su *Programa de Beneficios*.

Máximo anual de desembolso directo

Su plan incluye un Máximo anual de desembolso directo para protegerlo a Usted y a sus Dependientes de gastos más elevados en el caso de un evento catastrófico. El Máximo anual de desembolso directo es lo máximo que Usted pagará por costos compartidos en el Año calendario, por ciertos Beneficios Cubiertos. Vea en su *Programa de Beneficios* el Máximo de desembolso directo.

Solo se aplican al Máximo anual de desembolso directo, los Copagos pagados de su bolsillo por Beneficios Cubiertos. Una vez se alcanza este monto, se paga el 100 % de los Beneficios Cubiertos por lo que queda del Año Calendario.

Los Copagos pagados por servicios oftalmológicos tampoco aplican para alcanzar el Máximo desembolso directo.

Los Copagos que paga por Servicios Cubiertos aplicarán a su Máximo de desembolso directo. Los montos o servicios que no aplican a su Máximo desembolso directo son:

- multas;
- pagos de primas; y
- montos pagados por Servicios sin Cobertura

Máximo de desembolso directo individual del año calendario

Si tiene una cobertura individual, Usted tiene que alcanzar un Máximo de desembolso directo por persona individual. Una vez que usted haya alcanzado este monto, se paga el 100 % de los Beneficios Cubiertos por lo que queda del Año calendario.

Máximo de desembolso directo familiar del año calendario

Los Miembros que tienen cobertura familiar, tienen un Máximo de desembolso directo familiar. Para cada Miembro, aplica un Máximo de desembolso por persona hasta que se alcance el Máximo de desembolso por familia. Cualquier combinación de los Miembros de la familia, puede contribuir para alcanzar el Máximo de desembolso directo por familia. Una vez Usted ha alcanzado el Máximo de desembolso directo por familia, se paga por el 100% de los Beneficios Cubiertos por lo que queda del Año calendario. Por ejemplo, si el Máximo de desembolso directo

por persona del miembro es de $2,000, entonces se puede aplicar hasta $2,000 por Miembro al Máximo de desembolso directo familiar. Cualquier saldo del Máximo de desembolso directo por familia debe ser cubierto por otro Miembro de la familia.

Si tiene preguntas, o desea reportar que ha alcanzado su Máximo de desembolso directo, por favor llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Copagos

Sección 11.506(2)(A), Subcapítulo F, Título 28, Código del Seguro Texas: Una opción de copago aceptada no podrá exceder el 50% del costo total de los servicios proporcionados. Un servicio básico de HMO puede no imponer un cargo de copago a ningún afiliado en ningún año calendario, cuando los afiliados realizan los copagos que en ese año calendario suman doscientos por ciento del costo total anual de la prima que se requiere que sea pagado por el afiliado o en nombre de dicho afiliado.

El Copago es el monto que puede ver en su *Programa de Beneficios*, que debe ser pagado directamente a el proveedor cada vez que reciba determinados Servicios Cubiertos.

Los copagos pueden ser cargados por cada servicio que su proveedor realizó, aún si tiene más citas el mismo día. Los Copagos aplican para alcanzar el Máximo de desembolso directo.

Si no está seguro de cuáles son los Beneficios Cubiertos por su Plan o los Costos compartidos, por favor llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA

El Plan le ofrece una red de médicos, instalaciones de atención médica, laboratorios y farmacias. Esta sección del Contrato explica cómo y en dónde puede obtener atención. Para conocer la información específica, vea el *Programa de Beneficios* adjunto a este Contrato.

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su Proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).
- Identifíquese como Miembro. Es posible que su PCP le solicite información de su Tarjeta de identificación de Miembro, así que téngala lista.
- Cuando vaya a consulta médica, muestre su Tarjeta de identificación de Miembro.
- Si es necesario, obtenga una Autorización previa de su PCP para recibir ciertos Beneficios Cubiertos. Puede obtener más información sobre este tema en la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato,
- Si tiene alguna pregunta o desea ingresar una queja, por favor llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Atención de emergencia

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911, o buscar tratamiento en el centro de emergencias más cercano, sea o no un Proveedor Participante. Una emergencia es un problema médico que usted razonablemente considera que si no se trata rápidamente, puede causarle la muerte o un daño permanente.

Si puede, infórmele al personal de la sala de emergencias que Usted es un Miembro y entrégueles su Tarjeta de identificación de Miembro.

Puede necesitar recibir Servicios de atención de emergencia para tratar una lesión accidental o el inicio repentino de una Afección médica que causa síntomas graves como un dolor nuevo y severo. Una persona razonable esperaría que la falta de atención médica inmediata resulte en un peligro para la salud de un Miembro, el deterioro de las funciones corporales, la disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, la desfiguración de una persona o, en el caso de una mujer embarazada, podría poner en grave peligro la salud del feto.

Los Servicios de atención de emergencia también pueden ser necesarios para tratar Afecciones que pueden volverse más graves o que pongan en riesgo la vida si no se tratan oportunamente, como una hemorragia grave, dolor abdominal intenso, dolor de pecho, una lesión ocular severa, o la repentina incapacidad de respirar.

Si busca atención de emergencia para tratar una enfermedad o lesión que Usted considera que requiere atención médica inmediata, los servicios serán cubiertos por su Plan. No necesita tener Autorización previa para utilizar los servicios de Atención de Emergencia. Sin embargo, si a causa de la emergencia es admitido en el Hospital, será necesario solicitar una notificación y una autorización para dicha Admisión.

Servicios de atención de emergencia con un proveedor o en un centro no participante.

En caso de una emergencia, usted debe acudir con el Proveedor o Centro más cercano disponible. Usted no necesita una Autorización previa para obtener servicios de Atención de Emergencia de Proveedores Participantes y no Participantes.

Pagaremos los Servicios de Atención de Emergencia que haya obtenido de Proveedores no Participantes, hasta el monto máximo pagadero según se describe abajo en la sección "Gastos de Proveedores no Participantes". Sin embargo, se le puede transferir con un Proveedor Participante para continuar con su atención si se considera médicamente sensato hacerlo. Usted pagará los mismos costos compartidos que paga con un Proveedor Participante. Si Usted recibe una factura de servicios de un Proveedor no Participante, por favor contáctenos.

Asegúrese de contactarnos y nosotros determinaremos en una consulta con su médico si se necesitan hacer arreglos para transferirlo. Si Usted recibe atención de seguimiento que no es de emergencia, de parte de un Proveedor fuera de la red, después de que a Usted le han dado de alta, Usted será responsable de los gastos por esos servicios.

Los Servicios de atención médica que no sean de Emergencia, como atención de seguimiento por una emergencia anterior, requieren una Autorización previa del Plan. Si Usted no recibe una Autorización previa para Servicios de atención médica que no sea de Emergencia, que la requieren, no pagaremos por los servicios que reciba.

Todos las Admisiones para pacientes hospitalizados requieren nuestra Autorización previa. Si Usted es admitido en un Centro no Participante o fuera de la red, debe contactar al plan para recibir una Autorización previa. Un miembro de la familia autorizado o el encargado del cuidado deben comunicarse con nosotros si usted no puede hacerlo. Se debe obtener una Autorización previa para que los Servicios Cubiertos se paguen en el nivel más alto de beneficios. Un médico aparte de su PCP se encargará de su atención o de su supervisión hasta que reciba la Autorización previa y la admisión.

Atención de urgencia

Atención Urgente incluye servicios Médicamente Necesarios recibidos para tratar una Enfermedad o Lesión Urgente que no sea mortal pero que requiera atención médica inmediata. La atención que es necesaria después del horario de atención del Proveedor de atención primaria, también es considerada como Atención urgente.

Exhortamos a los asegurados a contactar a su Proveedor de atención primaria para una cita antes de buscar atención de otro proveedor. Si el Médico de atención primaria no está disponible, la Afección persiste, llame a la línea para consejería de enfermería al 1-800-678-4367. La Línea de Enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Un Enfermero registrado puede ayudarlo a decidir el tipo de atención médica más adecuada para sus necesidades médicas específicas.

Algunos ejemplos de Enfermedades o Lesiones de Urgencia son:

- Un esguince o una posible fractura ósea
- Una cortada que necesite sutura
- Fiebre que se eleva
- Diarrea o vómitos graves o persistentes
- Dolor de oídos, y
- Síntomas de resfriado

La Atención de Urgencia no se limita a estas situaciones. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de Atención de Urgencia, comuníquese con Servicio al Miembro llamando al 1-844-282-3025.

Visitas al consultorio

Los médicos y otros Proveedores que Usted ve en un consultorio le brindarán tanto servicios de atención primaria como de especialidad. Estos Servicios Cubiertos incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia. Para atención médica preventiva, de rutina o de especialidad, llame para programar una cita con su médico u otro Proveedor. Si es necesario, su Proveedor gestionará una Autorización previa.

Si Usted necesita una cita el mismo día o tiene una Enfermedad Urgente, llame al consultorio de su Médico para programar una cita. Si su Proveedor no puede atenderlo, le pueden ofrecer una cita con otro Médico, un Enfermero profesional certificado o un Asistente médico en su grupo. Después de los horarios de atención, su Médico puede ofrecerle un servicio de respuesta.

Cuando llegue a su cita, muestre su Tarjeta de identificación del Plan en la recepción. Es posible que le soliciten hacer un copago antes de recibir los servicios. Si no puede ir a una consulta, cancele lo antes posible, debido a que pueden aplicar cargos por consulta perdida y el plan no cubre esos cargos.

Los servicios de Telemedicina, telesalud y teleodontología están cubiertos en este Contrato al mismo nivel y copagos que otras visitas a consultorios.

Servicio de ambulancia

Si necesita una Ambulancia, llame al 911 o al servicio local de ambulancias. Este servicio está cubierto si es Médicamente Necesario debido a una emergencia. El Director médico del Plan determina esto revisando los registros médicos y de la Ambulancia.

El traslado en Ambulancia que no sea de Emergencia, requiere una Autorización previa del plan. Usted será el responsable por el pago de los servicios de ambulancia que no sean Médicamente Necesarios y no estén autorizados por el Plan.

Continuidad de la atención

Si está recibiendo un tratamiento que está en curso, de un Proveedor no participante o de un Proveedor Participante cuyo contrato finaliza durante el curso del tratamiento, Usted podría ser elegible para continuar recibiendo sus servicios según se consideró cuando su Proveedor era aún un Proveedor Participante. A esto se le llama continuidad de la atención.

Si un Proveedor/Profesional participante cancela su relación con el plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por brindar el tratamiento médicamente necesario a un Miembro con una "circunstancia especial". Una “circunstancia especial” significa una condición en la que el Proveedor o Profesional tratante, razonablemente considera que descontinuar la atención del Proveedor o Profesional puede causarle daño al Miembro (incluyendo, pero sin limitarse a: discapacidad, una condición aguda, una enfermedad mortal o embarazo).

El plan continuará cubriendo los Servicios Cubiertos hasta: (a) el día número 90 después de la fecha efectiva de terminación en la red de proveedores; (b) si el Miembro ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal al momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha efectiva de terminación; o (c) si la Miembro está en embarazo al momento de la terminación hasta el nacimiento del niño, atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

Para Miembros nuevos

Si está recibiendo un tratamiento que está en curso, con un Proveedor que no pertenece a la red de CHRISTUS Health Plan, es posible que reciba los servicios de ese Proveedor y que estos sean pagados al nivel de beneficio de un Proveedor Participante. Los miembros con ciertas Afecciones pueden solicitar que les brindemos la Continuidad de la atención dentro de treinta (30) días de la fecha de inscripción.

Para Miembros existentes

Si el contrato de su Proveedor con CHRISTUS Health Plan finaliza durante el curso de su tratamiento, Usted puede ser elegible para continuar viendo a ese Proveedor. Los Miembros existentes con ciertas Afecciones médicas pueden ser elegibles para la continuidad de la atención. Este período de transición permitirá que un Miembro tenga acceso continuo a un Proveedor. No necesita solicitar la continuidad de la atención debido a que la misma se coordina en el Plan.

Acceso a proveedores no participantes

Si un Servicio Cubierto es Médicamente Necesario y no es posible recibirlo de un Proveedor Participante, lo referiremos a un Proveedor no Participante en un período no mayor a cinco días después de recibir su solicitud y documentos, o antes dependiendo de su Afección. Coordinaremos una orden médica. **Usted debe tener Nuestra autorización antes de recibir los servicios, o Usted será el responsable del pago**.

Nosotros pagaremos al Proveedor la tarifa usual y cotidiana o la que acordemos con el mismo. Usted pagará los mismos costos compartidos que paga con un Proveedor Participante. Si Usted recibe una factura de servicios de un Proveedor no Participante, por favor contáctenos.

Antes de rechazar una solicitud de orden médica para ir con un Proveedor no Participante, nos aseguraremos de que la solicitud sea revisada por un especialista que esté familiarizado con su Afección médica y que tenga la misma especialidad o similar a la del el médico o proveedor en su solicitud de orden médica.

Transparencia en la cobertura

Los planes de CHRISTIS Health Exchange HMO requieren que usted elija un Proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red para coordinar toda su atención médica. Pagaremos los servicios cubiertos que nuestros miembros reciban de nuestros proveedores de la red. Sin embargo, los miembros que reciben atención de un proveedor de la red sin obtener la autorización previa adecuada, cuando esta se requiera, tendrán desembolsos más altos.

Los servicios de un proveedor fuera de la red no están cubiertos, y los proveedores pueden facturarle por sus servicios. Los servicios fuera de la red son los que recibe de médicos, hospitales y otros profesionales de la atención médica que no tienen contrato de CHRISTUS Health Plan. Un profesional de la atención médica que no forma parte de la red de su plan puede establecer un costo más alto por un servicio que los profesionales que forman parte de la red de su plan médico. Según el profesional de la atención médica, el servicio puede costar más o no ser pagado en absoluto por su plan. Cobrar este monto adicional se denomina facturación de saldos.

Excepto para los servicios de emergencia, los miembros que consulten a un proveedor fuera de la red tendrán que pagar todos los desembolsos de los servicios de salud que reciban. Los servicios de emergencia están cubiertos ya sea que los miembros utilicen o no a un proveedor fuera o

dentro de la red o una sala de emergencias. Los miembros pagarán el costo compartido dentro de la red (copago, coseguro y deducible) para servicios de emergencia cubiertos.

Ley de No Sorpresas (No Surprises Act)

Cuando reciba atención de emergencias o reciba tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital de la red, departamento de consultas externas, hospital de acceso crítico, centro de cirugía ambulatoria, y cualquier otro centro especificado por la Secretaría, y que proporciona artículos o servicios que están cubiertos bajo el plan, usted está protegido contra la facturación sorpresa o facturación de saldos.

Cuando consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, usted puede deber ciertos gastos de desembolso directo, como un copago, coseguro y/o un deducible. Usted puede tener otros costos o tener que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o centro de atención médica que no forma parte de la red de su plan. “Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico. Es posible que los proveedores fuera de la red tengan permitido facturarle la diferencia entre el monto acordado por el plan para pago y el monto completo por un servicio. Esto se denomina “facturación de saldos”. Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el límite anual de desembolso directo.

La “facturación sorpresa” es una facturación inesperada de saldos. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, por ejemplo, cuando tiene una emergencia o cuando programa una cita en un centro de la red, pero de manera inesperada la atención la brinda un proveedor fuera de la red.

Cuando la facturación de saldos no está permitida, usted también cuenta con las siguientes protecciones: Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducibles que pagaría si el proveedor o centro fuera parte de la red). Su plan médico le pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red. Generalmente, su plan médico debe:

- Cubrir servicios de emergencia sin que necesite recibir autorización anticipada para los servicios (autorización previa).
- Cubrir servicios de emergencia con proveedores fuera de la red.
- Basar el costo de lo que usted paga al proveedor o centro (costo compartido) en lo que usted pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
- Incluir cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible y límite de desembolso directo.

Costos de los Proveedores no Participantes

El Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo a pagar por Servicios Cubiertos. El monto a pagar por los Servicios Cubiertos brindados por Proveedores no Participantes será ya sea la tarifa acordada por nosotros y el Proveedor no Participante, o en base

a nuestra lista de tarifas fuera de la red. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados cotidianamente por un servicio, y que con justicia y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica.

Estos Proveedores no Participantes no pueden enviarte facturas con saldos no pagadas por nosotros. Si Usted recibe una factura de servicios de un Proveedor no Participante, por favor contáctenos.

Proveedores independientes

Un Proveedor independiente, Proveedor de diagnósticos por imagen fuera de la red o Proveedor de servicios de laboratorio pueden no ser un Proveedor Participante. Estos Proveedores no Participantes pueden enviarte facturas con saldos no pagadas por nosotros. Si Usted recibe una factura de saldos por servicios de un Proveedor no Participante independiente, por favor contáctenos.

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

En su plan, algunos servicios de atención médica son beneficios no cubiertos a menos que Usted tenga una Autorización previa. Esta sección explica el proceso de Autorización previa y los servicios que requieren de una. **Esta no es una lista completa.** Puede obtener más información en Nuestro sitio web https://www.christushealthplan.org/provider-resources/prior-authorization o llamando a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

¿Qué es una Autorización previa?

Una Autorización previa es un proceso de revisión en donde verificamos su caso para determinar si el servicio de atención médica es Médicamente necesario y si es un beneficio cubierto antes de que Usted reciba el servicio de atención médica.

Nuestro Director médico u otro profesional clínico revisará el servicio de atención médica propuesto, Su información médica, el lugar del tratamiento y otra información para decidir si es posible autorizar la atención propuesta.

Sin una Autorización previa, es posible que la atención médica propuesta no reciba cobertura.

Si Usted tiene preguntas sobre el proceso de Autorización previa o los servicios que requieren de esta autorización, por favor contacte a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

¿Cómo obtener una Autorización previa?

Cuando un Proveedor Participante recomienda atención que necesita una Autorización previa, es decisión del proveedor contactarnos para emitir dicha autorización. Su Proveedor debe notificarnos y solicitar la autorización previa antes de que reciba estos servicios. Es posible que necesite discutir con su Proveedor los detalles del tratamiento solicitado o el servicio.

Si Usted necesita obtener Servicios Cubiertos de un Proveedor no Participante, es Su responsabilidad obtener las Autorizaciones previas necesarias para recibir dichos servicios. Si Usted no obtiene una Autorización previa cuando se requiere, no cubriremos su atención.

Después de que se ha solicitado una Autorización previa y se han enviado todos los documentos necesarios, le notificaremos a Usted y a su Proveedor si la solicitud ha sido autorizada. También le informaremos a Usted y a su Proveedor si durante el curso del tratamiento será necesario revisar de forma continua los servicios del Miembro.

Para garantizar que se ha obtenido una Autorización previa necesaria, comuníquese con Servicio al Miembro al 1-844- 282-3025 por lo menos catorce (14) días antes de obtener los servicios. De no obtener la Autorización previa, podría denegarse una reclamación.

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de Autorización previa, nuestro personal clínico revisa la solicitud utilizando lineamientos reconocidos a nivel nacional. Estos lineamientos son consistentes con los principios clínicos aceptados y han sido desarrollados por el Plan y los Proveedores de atención médica. Si no existen los lineamientos para determinado servicio o tratamiento, se utilizan herramientas de recursos basados en revisiones de homólogos y evidencia médica científica.

Una Autorización previa especificará la duración de su validez. Una Autorización previa también puede ser solo para determinado número de tratamientos o servicios. Puede presentar una solicitud de renovación de una Autorización previa existente 60 días antes del vencimiento.

¿Qué servicios requieren de Autorización previa?

Los servicios siguientes necesitan Autorización previa y están sujetos a regulaciones de cobertura en este Contrato.

- Todas las hospitalizaciones para atención médica aguda para pacientes hospitalizados;
- Todas las hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las admisiones en centros de atención de Afecciones agudas;
- Todas las hospitalizaciones para atención médica aguda a largo plazo para pacientes hospitalizados;
- Procedimientos quirúrgicos bariátricos o de pérdida de peso y tratamiento de la obesidad mórbida;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Cirugía cosmética o reconstructiva
- Tratamiento para la disfunción de la articulación craneomandibular (ACM) y la articulación temporomandibular (ATM)
- Servicios dentales;
- Equipo médico duradero de más de $500;
- Pruebas genéticas, asesoría y tratamiento por errores de genéticos congénitos de trastornos metabólicos
- Atención médica en el hogar;
- Servicios de atención médica para pacientes terminales, ambulatorios y hospitalizados;
- Resonancia magnética, tomografía computarizada y otros procedimientos imagenológicos
- Traslado en ambulancia que no sea de emergencia
- Servicios de trasplante de órganos;

- Terapia física para pacientes ambulatorios, excepto la evaluación inicial;
- Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios, excepto la evaluación inicial;
- Control del dolor;
- Aparatos ortopédicos y prótesis
- Otros servicios prestados durante una visita al consultorio;
- Atención en un centro de enfermería especializada; y
- Procedimientos quirúrgicos.

Esta lista puede no incluir todos los servicios que requieren Autorización previa. Si necesita ayuda para determinar si un servicio requiere de Autorización previa, llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Autorización previa para Medicamentos con receta e infusiones intravenosas.

Se necesita tener una Autorización previa para ciertos Medicamentos con receta Se puede solicitar una Autorización previa al Centro de excepciones de farmacia o los medicamentos restringidos, otras recetas que no están en la *Lista de medicamentos* (*Formulary*, en inglés) pero que el Proveedor ha determinado que son médicamente necesarios y apropiados. Esta solicitud puede realizarse vía fax, por teléfono o correo electrónico, con la documentación apropiada que respalde la Necesidad Médica.

Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento. Comuníquese con Servicio al Miembro llamando al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Decisiones relacionadas con Autorizaciones previas, Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas

Si nuestro personal clínico no puede aprobar su Autorización previa por motivos clínicos, su caso se remitirá al Director médico de CHRISTUS Health Plan. El Director médico considerará su caso, revisará la información, incluida la información que nos proporciona su Proveedor, y podría comunicarse con su Proveedor para obtener más información.

Usted y su proveedor serán notificados por escrito o por medios electrónicos si la Autorización previa es aprobada.

Dependiendo de los servicios solicitados, Usted y su proveedor serán notificados por teléfono u otros medios, si la Autorización previa no puede ser aprobada en base a la información que recibimos, o si su plan no cubre el servicio.

Apelación para Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas.

Evaluaremos las solicitudes de apelación no emergentes y le notificaremos nuestra decisión a Usted y a su Proveedor en las 72 horas siguientes a la recepción de su apelación por **Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas**.

Revisión acelerada de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelaciones aceleradas, en base a las circunstancias exigentes. Las circunstancias exigentes se presentan cuando Usted está padeciendo un problema médico que podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima, o cuando su tratamiento con el medicamento excluido está en curso. Realizaremos una apelación acelerada y le notificaremos a Usted y a su Proveedor de la decisión en no más de 24 horas después de que se reciba la solicitud para **Medicamentos con receta e Infusiones Intravenosas**.

Le notificaremos a Usted y a su Proveedor de la decisión expedita dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud de Autorización previa verbal o por escrito.

NOTA: La atención de emergencia y la atención de urgencia dentro de la red no requieren Autorización previa.

La apelación será revisada por un proveedor de atención médica que no haya revisado el caso antes y que tenga la misma especialidad o una similar que la del proveedor que usualmente trata la afección médica, procedimiento o tratamiento.

Si autorizamos su solicitud de excepción para cubrir medicamentos que generalmente no están cubiertos por el plan, trataremos el medicamento excluido como un beneficio de salud esencial, incluyendo la continuidad de los costos compartidos para alcanzar el límite de los mismos. Brindaremos la cobertura de los medicamentos excluidos de la lista de medicamentos por la duración de la receta, incluyendo los resurtidos.

Qué pasa si la Autorización previa es rechazada

Revisión Externa por parte de MAXIMUS Federal Services

Usted, una persona que actúe en su nombre, o Su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión de apelación ante MAXIMUS Federal Services. Usted no tiene que agotar todos los recursos de nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa con MAXIMUS Federal Services, si el período del proceso no se cumple o si Usted padece una afección médica que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima, o cuando su tratamiento con el medicamento excluido está en curso. Nuestro aviso de determinación de una apelación incluirá las instrucciones completas para presentar la solicitud para una revisión externa de MAXIMUS Federal Services. Se puede iniciar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que una apelación interna acelerada.

MAXIMUS Federal Services deberá emitir una decisión de atención urgente a nosotros y a Usted en no más de 72 horas después de haber recibido la solicitud de revisión externa y en no más de 45 horas de la solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para Usted.

- Usted debe ser elegible para cobertura y debe estar cubierto por este Contrato en la fecha en que reciba los servicios.
- Todos los términos de este Contrato determinan si un servicio es un Beneficio Cubierto o no.
- Un Miembro no debe confiar en la información verbal de un representante del Plan de CHRISITUS Health que entre en conflicto con los términos escritos de este Contrato.
- Cualquier instancia en donde una comunicación verbal de un representante de CHRISTUS Health Plan difiera con los términos de este Contrato, los términos de este Contrato prevalecerán.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Su Plan brinda Cobertura para una amplia gama de Servicios de atención médica. En esta sección se brindan detalles sobre sus Beneficios Cubiertos y otros requisitos, limitaciones y exclusiones. Se le solicitará que pague sus Costos compartidos, como se muestra en el *Programa de Beneficios* y algunos otros cargos.

Servicios cubiertos específicamente

Su Plan le ayuda a pagar por gastos de atención médica que son Médicamente Necesarios y cubiertos específicamente en este Contrato. Servicios cubiertos específicamente incluye solo los servicios de atención médica que están listados y descritos expresamente en las secciones de beneficios de este Contrato. Los Beneficios y Servicios Cubiertos específicamente están sujetos a Limitaciones, Exclusiones, Autorizaciones previas y otras disposiciones de este Contrato. Debe consultar la sección de Exclusiones lista los servicios que no son Beneficios Cubiertos por este Plan. Todos los otros beneficios y servicios no listados específicamente como Cubiertos en esta sección, deben considerarse excluidos, excepto los servicios de atención preventiva clínica.

Determinamos si un servicio o suministro de atención médica es un beneficio cubierto específicamente. El hecho de que un Proveedor recete, ordene, recomiende o autorice un servicio o suministro de atención médica no garantiza que sea un beneficio cubierto, aún y cuando no esté listado en las exclusiones.

Necesidad médica

Los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios, excepto los de atención preventiva clínica. Necesidad Médica o Médicamente Necesario significa el servicio de atención médica brindado por un proveedor, en una consulta con CHRISTUS Health Plan; que sea apropiado o necesario, de acuerdo con los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados y las buenas prácticas de atención médica o las regulaciones para profesionales desarrollados por el gobierno federal, nacional o sociedad profesional médica, consejos y asociaciones, u otros protocolos clínicos aplicables o regulaciones profesionales. Nos sujetamos a tales regulaciones federales, nacionales y profesionales, para el diagnóstico o atención y tratamiento directo de condiciones médicas, enfermedades, lesiones o padecimientos físicos, conductuales o mentales.

Los medicamentos, fármacos, tratamientos, procedimientos o dispositivos experimentales, de investigación o sin autorización no serán cubiertos.

Usted recibe una Autorización previa para que algunos servicios se vuelvan Servicios Cubiertos. El Plan no pagará por cualquiera de estos servicios recibidos si no existe una Autorización previa. Por favor, consulte la sección de Autorizaciones previas de este Contrato o llame a Servicio al Miembro para obtener más información sobre la Autorización previa.

Lea su *Programa de Beneficios* o llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Beneficios específicos cubiertos:

Lesión accidental (trauma), atención urgente, servicios de emergencia y servicios de observación

Atención de urgencia

La atención urgente incluye procedimientos médicos o quirúrgicos Médicamente Necesarios, tratamientos o servicios de atención médica que Usted recibe en un centro de atención urgente o en el consultorio de un proveedor debido a una Afección repentina por enfermedad o lesión Afecciones médicas urgentes que requieren atención médica inmediata para prevenir el deterioro grave de su salud, pero que no amenazan su vida. Lo exhortamos a que se ponga en contacto con su Médico de atención primaria para programar una cita, sujeto a su disponibilidad, antes de buscar a otro proveedor. Se necesita tener una Autorización previa para solicitar la siguiente atención de un Proveedor no participante. Si Usted considera que su Afección amenaza su vida, debe acudir a los servicios de emergencia.

Servicios de atención de emergencia

Brindamos cobertura para atención de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si es necesario. Usted debe buscar tratamiento médico de un Proveedor Participante, cuando esto sea posible. Si Usted no puede, razonablemente, acceder a un Proveedor Participante, haremos arreglos para pagar la atención del Proveedor no Participante según los Cargos Admisibles por:

- Cualquier examen de detección o evaluación requerida por el estado o la ley federal en el centro de emergencia de un hospital, necesario para decidir si existe una Afección médica de emergencia
- Los servicios de atención de emergencia necesaria incluyen el tratamiento y estabilización en caso de una Afección médica de emergencia, y
- Servicios que se originen en un centro hospitalario de emergencias, en un centro de atención de emergencias médicas independiente o similar siguiendo el tratamiento o estabilización de una Afección médica de emergencia según lo hayamos autorizado.

La cobertura para servicios de traumatología y todos los otros Servicios de atención de emergencia continuarán al menos hasta que Usted se encuentre médicamente estable, no requiera de cuidado crítico y sea trasferido con seguridad a un Proveedor Participante según la opinión del médico tratante en consulta con Nosotros y de acuerdo con la ley estatal o federal.

Le daremos un reembolso cuando Usted, actuando de buena fe, reciba servicios de atención de emergencia por lo que aparente ser una Afección aguda que requiere atención médica inmediata, aún si se determina posteriormente que su Afección se no era una emergencia.

No es necesaria una Autorización previa para recibir los servicios de emergencia. Si Usted es admitido como paciente hospitalizado, Usted o el profesional que lo atiende debe notificarnos tan pronto como sea posible para verificar su estadía en el hospital. Autorizaremos o negaremos la cobertura después de la atención de estabilización según sea solicitado por el profesional que lo atendió en el tiempo oportuno, dependiendo de los servicios que se solicitaron y su Afección, pero no más tarde de una hora después de recibir la solicitud.

No rechazaremos una reclamación de servicios de atención de emergencia cuando su PCP o uno de nuestros representantes lo remitan a una sala de emergencias. Si sus servicios de emergencia resultan en hospitalización, directamente desde la sala de emergencias, Usted será responsable de pagar los costos compartidos de hospitalización en lugar del copago por la visita a la sala de emergencias. Consulte su *Programa de Beneficios* para más información sobre sus Costos Compartidos.

Para servicios de atención de emergencia recibidos de un proveedor no participante y/o fuera de Texas, Usted puede solicitar servicios de atención de emergencia del centro más cercano en donde se los puedan brindar. Atención de seguimiento que no es de emergencia que se reciba fuera de Texas, por su conveniencia o según su preferencia, no es un beneficio cubierto.

La atención de seguimiento de un Proveedor no participante necesita nuestra Autorización previa. Usted es el responsable de los cargos que nosotros no autoricemos.

Ya sea que Usted necesita hospitalización o no, Usted debe informar a su PCP o a su médico dentro de 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, de cualquier tratamiento médico de emergencia, para que se le recomiende la continuidad de cualquier servicio médico necesario.

Servicios de observación

Los Servicios de observación son servicios ambulatorios suministrados por un Hospital y un Proveedor bajo las premisas del Hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y monitoreo periódico del personal de enfermería del hospital, que sean razonables y necesarios para evaluar su Afección, que determinan la necesidad de una posible admisión en el hospital o cuando se espera una mejoría rápida de su Afección.

Cuando un hospital lo coloca en observación como paciente ambulatorio, lo hace con base en una orden escrita de un proveedor. Se debe cumplir nuestro criterio de nivel de atención médica para poder ser trasladado del área de observación a una admisión para pacientes hospitalizados. El tiempo que permanezca en el hospital no es el único factor que determine su estadía en el área de

observación en lugar de en un área para pacientes hospitalizados. También se tomarán en consideración los criterios médicos.

Todas las lesiones accidentales (trauma), atención urgente, servicios de emergencia y servicios de observación, que se provean dentro o fuera del Área de servicio del Plan están sujetos a las limitaciones listadas en la sección de Limitaciones y las exclusiones listadas en la sección de Exclusiones.

Daño cerebral adquirido

El Plan cubre el tratamiento por daño cerebral adquirido en la misma base que el tratamiento de otra condición física. Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y rehabilitación; pruebas de neurocomportamiento, neurosicológicas, neurofisiológicas y psicofisiológicas y su tratamiento; neurorretroalimentación y terapia de remediación, servicios de transición y reintegración después de una afección aguda, otros servicios de tratamiento son cubiertos si tales son Médicamente Necesarios como resultado, relacionados o adquiridos por lesión cerebral.

Servicios de ambulancia

el Plan cubre los siguientes tipos de servicios de ambulancia: (1) Servicios de ambulancia en caso de emergencia, (2) Servicios de ambulancia en casos de alto riesgo, y (3) Servicio de traslados entre centros.

Servicios de ambulancia en caso de emergencia

Los servicios de ambulancia para emergencias se definen como Servicios de ambulancia aérea o terrestre proporcionados a un Miembro que necesita servicios de atención de emergencia, cuando una persona razonable y prudente actuando de buena fe considera que transportarse en otro tipo de vehículo podría en riesgo su salud. Los servicios de ambulancia en caso de emergencia están cubiertos solo en las siguientes circunstancias:

- En Texas, traslado hacia el centro más cercano dentro de la red en donde el servicio de atención y el tratamiento de emergencias puedan ser recibidos o a un centro fuera de la red si el centro dentro de la red no está razonablemente accesible. Estos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.
- Fuera de Texas, al centro apropiado más cercano en donde el servicio de atención y tratamiento de emergencias pueda ser recibido. Dichos servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia autorizado.
- Los servicios deben ser prestados en un vehículo que esté equipado y que sea atendido por personal y equipo de soporte vital.
- No pagaremos por el servicio de ambulancia aérea más de lo que hemos pagado por el

servicio de ambulancia terrestre tomando en cuenta la misma distancia a menos de que por su Afección se considere que el servicio de transporte por tierra sea mediamente inapropiado.

- Para determinar si usted actuó de buena fe como una persona prudente y razonable cuando solicitó el servicio de ambulancia de emergencia, tomaremos en consideración los siguientes factores:

    - Si Usted necesitó servicios de atención de emergencia como se definió anteriormente.
    - Sus síntomas
    - Si una persona razonable y prudente que tenga un promedio de conocimiento de salud y medicina consideró que el traslado con otro vehículo podría haber puesto en peligro su salud
    - Si su Médico/Proveedor o nuestro personal le recomendó que debía buscar servicio de Ambulancia. Cualquiera de estos resultará en el reembolso de todos los servicios medicamente necesarios recibidos, a menos que esté limitado o excluido por este Contrato
    - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel 1 o Nivel 2 u otro centro de traumatología/quemaduras designando de acuerdo al triaje de servicios médicos de emergencia y los protocolos de tratamiento establecidos.

No están cubiertos los servicios de ambulancia (terrestre o aérea) al consultorio del forense o a la morgue, salvo que la ambulancia haya sido despachada antes de que sea pronunciada la muerte por una persona autorizada por la ley del estado para hacerlo.

Servicio de ambulancia por alto riesgo

El Servicio de ambulancia por alto riesgo se define como el servicio de ambulancia que no es una emergencia, que ha sido solicitado por su Profesional/Proveedor, que son Médicamente Necesarios para transportar a un paciente de alto riesgo.

La cobertura del servicio de ambulancia por alto riesgo está limitada a:

- Servicio de ambulancia aérea cuando sea Médicamente Necesario. Sin embargo, no pagaremos por el servicio de una ambulancia aérea más de lo que habríamos pagado por el traslado de la misma distancia en un servicio de ambulancia terrestre, a menos de que por su Afección tal servicio de ambulancia terrestre se considere medicamente apropiado.
- Los servicios de ambulancia para recién nacidos, incluyendo servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciario más cercano cuando sea necesario proteger la vida del recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel 1 o Nivel 2 u otro centro de traumatología/quemaduras designando de acuerdo al triaje de servicios médicos de emergencia y los protocolos de tratamiento establecidos.

Servicio de ambulancia para traslados entre centros

El servicio de ambulancia para traslados entre centros se define como el servicio de ambulancia terrestre o aérea que se realiza entre hospitales, centros de enfermería especializados o centros de diagnóstico. El servicio de ambulancia para traslados entre centros está cubierto solo si es:

- Médicamente Necesarios
- Solicitados por su médico/Proveedor
- Que sea proporcionado por un servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.

Ensayos clínicos

El plan brinda cobertura para atención de rutina médicamente necesaria a pacientes en un centro de Texas, como resultado de la participación del paciente en un ensayo clínico si:

(A) La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprueba el ensayo clínico.

(B) Un comité de revisión institucional de una institución en este estado que tiene un acuerdo con la Oficina de Protección de Sujetos Humanos en Estudios de Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos aprueba el ensayo clínico.

(C) Los ensayos financiados federalmente. – El estudio o la investigación es aprobada o financiada (que puede incluir financiamiento a través de contribuciones en especie) por una o más de las siguientes: (i) Los Institutos Nacionales de Salud. (ii) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (iii) La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. (iv) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. (v) Una cooperativa, un grupo o centro de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a la (iv) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. (vi) Una entidad de investigación no gubernamental cualificada identificada en los lineamientos expedidos por los Institutos Nacionales de Salud para ofrecer subvenciones. (vii) Cualquiera de los siguientes si se cumplen las condiciones descritas en el parágrafo: (I) El Departamento de Asuntos de los Veteranos. (II) El Departamento de Defensa. (III) El Departamento de Energía.

(D) Condiciones para los Departamentos. Las condiciones descritas en este parágrafo, para un estudio o investigación realizada por un Departamento, son aquellos en los que el estudio o investigación han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión por pares que la Secretaría determine:

i) ser equiparable con el Sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones utilizado por por los Institutos Nacionales de Salud, y

ii) asegurar la revisión imparcial de los estándares científicos más altos por parte de individuos cualificados que no tengan interés en el resultado de la revisión.

Para fines de este servicio y Beneficio Cubiertos específicos, los siguientes términos tienen el siguiente significado:

- "Costo de atención médica de rutina al paciente" significa, (1) un servicio o tratamiento

médico que es un beneficio bajo el Plan, el cual se cubriría si el paciente estuviera recibiendo tratamiento contra el cáncer o una enfermedad que ponga en riesgo su vida; (2) un medicamento que se proporciona a un paciente durante un ensayo clínico si el medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, ya sea que esa organización haya aprobado o no el medicamento para su uso en el tratamiento de la Afección particular del paciente, pero solo en la medida en que el fabricante, distribuidor o Proveedor del medicamento no realice el pago del mismo; (3) Costos por servicios que generalmente están cubiertos para los miembros que han recibido tratamiento para el cáncer o una enfermedad que ponga en riesgo su vida; (4) Todos los artículos y servicios compatibles con la cobertura proporcionada en el plan (o cobertura) que generalmente está cubierta para cualquier individuo calificado que no participa en un ensayo clínico. El "Costo de atención médica de rutina al paciente" no incluye, (1) el costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación; (2) el costo de un servicio de atención no médica que el paciente debe recibir como resultado de la participación en el ensayo clínico; (3) los costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico; (4) los costos que el paciente no cubriera si se le brindaran tratamientos que no están en fase de investigación o (5) los costos pagados o no cobrados por los proveedores de los ensayos clínicos.

Atención médica certificada para enfermos terminales

Este plan cubre los servicios del Programa de atención para enfermos terminales. Para ser cubiertos, estos servicios deben ser prestados en caso de una enfermedad terminal. Estos servicios tienen limitaciones como se establece en su *Programa de Beneficios*. Los servicios se deben brindar de conformidad con un Programa de atención médica para enfermos terminales y un Proveedor autorizado y calificado los debe prestar. Los servicios de atención médica para enfermos terminales incluyen servicios para pacientes ambulatorios y de atención médica para pacientes hospitalizados. También incluyen los servicios profesionales de un médico. Otros Servicios Cubiertos incluyen aquellos de un psicólogo, trabajador social o consejero familiar; servicios de terapia física, de lenguaje y respiratoria con terapeutas con licencia. Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan:

- Los servicios que proporciona un miembro de la familia o alguien que generalmente vive en su casa o la casa de uno de sus Dependientes;
- Los servicios y suministros que no están incluidos en el Programa de atención a enfermos terminales;
- Procedimientos curativos o para prolongar la vida;
- Servicios para los cuales se pagan otros beneficios de este Plan;
- Servicios o suministros que son asistencia básica para la vida diaria;
- Asesoramiento para duelo;
- Suplementos nutricionales, medicamentos o substancias sin receta, suministros médicos, vitaminas o minerales; o
- Atención médica de relevo.

Servicios de atención médica preventiva

El Plan cubre servicios de atención primaria y de especialidad para atención preventiva y exámenes de salud de rutina. Aunque la atención preventiva está cubierta sin cargo, puede aplicar un copago por la visita al consultorio, por otros Servicios Cubiertos recibidos durante esa visita. El plan también cubre todos los beneficios de salud esenciales, incluyendo los que están listados en este Contrato. No hay costos compartidos por Servicios de atención preventiva por beneficios de salud esenciales. La Cobertura de los beneficios está disponible para todas las recomendaciones clasificadas como A y B del Grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés), las recomendaciones de la HRSA para mujeres y las de la HRSA y el ACIP para bebés, niños y adolescentes.

Servicios preventivos para Miembros adultos

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal para Miembros, varones, que están entre un rango específico de edad (examen de detección en una sola oportunidad)
- Prueba de detección y consejería sobre consumo de alcohol
- Aspirina para Miembros que están entre un rango específico de edad
- Prueba de detección de presión arterial
- Prueba de detección de colesterol para Miembros que están entre un rango específico de edad o que tienen mayor riesgo
- Prueba de detección del cáncer colorrectal para los afiliados a partir de los 45 años, incluyendo Colonoscopias y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales
- Prueba de detección de depresión
- Prueba de detección de la diabetes tipo 2 para Miembros con presión arterial alta
- Consejería nutricional para Miembros que tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas
- Prueba de detección de VIH para todos los Miembros que tienen mayor riesgo
- Vacunas; las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas pueden variar
- Examen de detección/asesoramiento para obesidad
- Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) para Miembros en mayor riesgo
- Prueba de detección de consumo de tabaco para Miembros e intervenciones para ayudar a dejar de fumar a fumadores, incluyendo consejería expandida para fumadoras embarazadas
- Prueba de detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo. Los servicios preventivos adicionales incluyen entre otros:
- Exámenes físicos anuales, uno por año calendario;
- Materiales educativos o consultas de Proveedores que promueven una vida saludable
- Prueba oftalmológica de glaucoma periódico para miembros de treinta y cinco años (35) de edad o mayores

- Pruebas de detección de laboratorio periódicas, incluyendo pruebas que determinan el metabolismo, hemoglobina en sangre, nivel de glucosa en sangre y nivel de colesterol en sangre, y
- Pruebas de detección periódicas radiológicas.
- Medicamentos sin receta y medicamentos con receta por un profesional/proveedor, salvo los incluidos en la Lista de medicamentos;
- Prueba de detección de osteoporosis
- Prueba de detección de hepatitis B
- Examen de detección de la infección por hepatitis C
- Consejería de salud mental para personas con cáncer de piel
- Prevención de caídas para adultos mayores, incluyendo ejercicios o terapia física y vitamina D
- Pruebas de detección de cáncer pulmonar
- Pruebas de detección no invasivas por aterosclerosis y estructura y funcionamiento anormal de las arterias para Miembros que son diabéticos o están en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca y son:
  - Hombres entre las edades de 45 a 76 años y
  - Mujeres entre las edades de 55 y 76 años.

Servicios preventivos específicos para mujeres

- Prueba de detección anemia
- Prueba de detección de bacteriuria en el tracto urinario u otro examen de detección de infecciones;
- Apoyo integral, suministros y asesoría durante la lactancia;
- Suplementos de ácido fólico para mujeres que pueden resultar embarazadas.
- Prueba de detección de hepatitis B para mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal;
- Prueba de detección de incompatibilidad Rh y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
- Prevención de la preeclampsia
- Prueba de detección de osteoporosis;
- Prueba de detección de incompatibilidad Rh y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo;
- Consejería e intervención para depresión perinatal;
- Prueba de detección de la sífilis para mujeres embarazadas que sean Miembros;
- Prueba de detección del cáncer de cuello uterino cada 3 años solo con citología cervical en mujeres de 21 a 29 años y para mujeres de 30 a 65 años, cada 3 años solo con citología cervical, cada 5 años solo con prueba hrHPV para buscar cepas del virus del papiloma humano de alto riesgo, o cada 5 años con prueba hrHPV en combinación con citología
- Pruebas o exámenes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de cuello uterino;
- Evaluación del riesgo de cáncer de seno y consejería/pruebas genéticas

- Medicina, exámenes, mamografías y otros diagnósticos por imagen para prevenir el cáncer de seno;
- Prueba de detección de clamidia.
- Prueba de detección de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de 24 semanas de gestación;
- Prueba de detección de gonorrea en mujeres sexualmente activas menores de 24 años, así como en mujeres mayores con alto riesgo; y
- Prueba de detección de violencia sexual ejercida por la pareja para mujeres en edad reproductiva.

Servicios de prevención para niños

1) Servicio de bebé sano y atención del niño sano desde el nacimiento, de acuerdo con las recomendaciones de la Academia de Pediatría de los Estados Unidos;
2) Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas para adolescentes;
3) Prueba de detección de autismo para niños de 18 y 24 meses;
4) Evaluaciones de la conducta para niños de todas las edades;
5) Prueba de detección de presión arterial;
6) Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas;
7) Prueba de detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos;
8) Evaluación para detectar depresión para adolescentes;
9) Prueba de detección de desarrollo para niños menores de 3 años, y vigilancia en toda la niñez;
10) Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos de lípidos;
11) Suplementos quimiopreventivos de fluoruro para niños con fluoruro en sus fuentes de agua;
12) Medicamentos preventivos por gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
13) Pruebas de audición para todos los recién nacidos hasta Miembros de 17 años;
14) Medidas de altura, peso e índice de masa corporal para los niños
15) Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños;
16) Prueba de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos;
17) Prueba de detección de hipotiroidismo para recién nacidos;
18) Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
19) Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían;
20) Suplementos de hierro para niños de seis a 12 meses con riesgo de anemia;
21) Prueba de detección de plomo para niños que tienen mayor riesgo de exposición;
22) Historial médico para todos los niños durante el desarrollo;
23) Evaluación/asesoramiento para obesidad;
24) Evaluación de riesgo bucal para niños pequeños (de recién nacidos a 10 años);
25) Prueba de detección del trastorno genético fenilcetonuria (PKU, en inglés) en recién nacidos;
26) Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (ITS) pruebas de detección para adolescentes en mayor riesgo;

27) Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;
28) Exámenes de la vista para todos los niños;
29) Administración y costo de prueba de detección en recién nacidos,
30) Materiales educativos o consultas de Proveedores que promueven un estilo de vida saludable
31) Vacunación, que incluyen difteria, haemophilus influenzae tipo B, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, polio, rubéola, tétanos, varicela y rotavirus; y
32) Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales
33) Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo según lo especifica el plan de servicio familiar individualizado de intervenciones al principio de la niñez
34) Detección del consumo de tabaco para todos los Miembros e intervenciones para dejar de fumar

Terapias complementarias

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están disponibles para ciertas Afecciones médicas y no están disponibles para terapia de mantenimiento, así como ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- El profesional/Proveedor determina, por anticipado, que el tratamiento quiropráctico puede ser necesario para alcanzar una mejora significativa de su Afección, en un período de dos meses.
- El tratamiento quiropráctico está limitado específicamente para tratamiento por medio de manipulación, por ejemplo: con el uso de las manos, y otros métodos de tratamiento autorizado por nosotros, incluyendo, entre otras, la terapia con ultrasonido y
- La subluxación se debe documentar durante el examen quiropráctico y quedar en el registro quiropráctico. No solicitamos evidencias radiológicas (radiografías) de la subluxación para realizar el tratamiento quiropráctico.

Los servicios quiroprácticos están limitado a 35 visitas como beneficio máximo por año calendario.

La biorretroalimentación solo está cubierta para tratamiento de la enfermedad o el fenómeno de Raynaud e incontinencia urinaria o fecal. La biorretroalimentación está limitada al beneficio máximo del año calendario. Por favor, consulte este máximo en su *Programa de Beneficios*.

Servicios dentales (limitados)

Vea en su *Programa de Beneficios* los montos de sus Costos compartidos.

Obtenga más información en la *Cláusula de Atención Dental Pediátrica*.

Es posible que los servicios dentales de rutina estén cubiertos solo para niños. Los Servicios Cubiertos por este Contrato incluyen, peo no están limitados a:

- Servicios de diagnóstico o prevención de caries y otras formas de enfermedades bucales.
  - Examen oral (una vez cada seis meses)
  - Mordida (una vez cada seis meses)
  - Películas panorámicas (una vez cada seis meses)
  - Aplicación tópica de fluoruro
  - Selladores dentales
  - Mantenedores de espacios
- Servicios para tratar una enfermedad, incluyendo los servicios de:
  - Restauración de un diente fracturado o con caries
  - Reparación de dentaduras o puentes Rebase o ajuste de dentaduras
  - Reparación o recementación de puentes, coronas y sobreincrustaciones
  - Extracción de un diente natural enfermo o dañado
- Servicios y suministros para tratar una enfermedad, incluyendo los servicios de:
  - Reemplazo de dientes naturales faltantes con dientes artificiales
  - Extracción de un diente natural enfermo o dañado
  - Restauración de un diente seriamente fracturado o cariado
- Servicios de ortodoncia Médicamente Necesarios
- Anestesia para Servicios dentales cubiertos médicamente proporcionados en un entorno hospitalario

Servicios dentales relacionados con una lesión accidental son Servicios Cubiertos sin importar la edad.

Esta no es una lista exhaustiva de beneficios y los beneficios dentales FEDVIP requeridos se proporcionan a niños hasta los 19 años.

Servicios para personas diabéticas

Cuando se usen para tratar la diabetes dependiente de insulina, la diabetes no dependiente de insulina o niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo u otra afección médica asociada con niveles altos de glucosa en la sangre, el Plan cubrirá los siguientes servicios y suministros Médicamente Necesarios:

- Monitores de glucosa en la sangre, incluidos los utilizados por personas legalmente ciegas, y tiras reactivas;
- Kits de emergencia de Glucagón;
- Insulina, dispositivos análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios asociados
- Dispositivos para infusión de insulina
- Agentes bucales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en sangre, y
- Dispositivos de ayuda para inyectar, incluidos los que se adaptan para satisfacer las necesidades de las personas legalmente ciegas;
- Lancetas y dispositivos para lancetas;

- Aplicaciones podiátricas para prevenir complicaciones en los pies asociadas con la diabetes, incluyendo zapatos terapéuticos moldeados o calzado profundo, ortopédicos funcionales, plantillas a la medida, reemplazos de plantillas, dispositivos preventivos y modificación de calzado para prevención y tratamiento.
- Consultas con el médico y seguimiento después del diagnóstico
- Capacitación para el auto control, incluyendo terapia nutricional médica relacionada con el manejo de la diabetes, consultas médicamente necesarias hasta el diagnóstico de la diabetes; consultas después del diagnóstico de un médico que representen un cambio significativo en el paciente; y visitas para la reeducación
- Jeringas y
- tiras de prueba de cetonas y de orina de lectura visual.

Llame a Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 si tiene dudas sobre estos requerimientos.

El Plan evaluará si es necesario hacer cambios a la *Lista de medicamentos* o al Contrato cuando haya equipo nuevo o mejorado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Este puede incluir aparatos nuevos o mejorados, Medicamentos con receta, insulina o suministros para personas diabéticas. Costo compartido para la insulina que está en el formulario no puede exceder $25 por receta para un suministro por 30 días. Los resurtidos de emergencia de insulina y el equipo relacionado con la insulina están cubiertos del mismo modo que los que no son de emergencia. Contacte al Plan o ingrese a nuestro sitio web en Our website at www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Los exámenes laboratorio, radiografías y otras pruebas de laboratorio son Servicios Cubiertos cuando sean médicamente necesarios y proporcionados bajo la dirección de su proveedor, incluyendo entre otros:

- Pruebas en sangre;
- Análisis de orina;
- Pruebas patológicas;
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios imagenológicos
- Electrocardiogramas (EKG, en inglés), electroencefalogramas (EEG, en inglés), y otros procedimientos electrónicos de diagnóstico; y
- Tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RMI); y colonografías por TC (colonoscopías virtuales)

Algunos servicios de diagnóstico requieren Autorización previa. Consulte la sección de Autorizaciones previas para obtener más información

Equipo médico duradero, aparatos ortopédicos, dispositivos prostéticos, reparación y reemplazo de equipo médico durable, dispositivos prostéticos y ortopédicos y audífonos

Equipo médico duradero (DME, en inglés)

El equipo médico duradero es un Servicio cubierto cuando es medicamente necesario y tiene una Autorización previa del Plan. El equipo debe ser necesario para el caso o estado de salud de una persona.

La cobertura incluye la renta o compra de equipo médico duradero, a nuestra discreción. Algunos ejemplos de equipo médico duradero incluyen, entre otros:

- Muletas;
- Camas hospitalarias;
- Equipo de oxígeno;
- Sillas de ruedas; y
- Andadores.

Además de ser Medicamente necesarios y de tener una Autorización previa del Pan, el equipo médico duradero debe llenar los siguientes criterios:

- Poder soportar el uso repetitivo;
- Que otra persona lo pueda volver a usar;
- Ser utilizado con propósitos médicos, y
- Generalmente, que el equipo no sea útil para las personas que no estén enfermas ni lesionadas

Existen algunas exclusiones y limitaciones a la cobertura del equipo médico duradero:

- La cobertura del equipo médico duradero es solamente para equipo médicamente apropiado y no incluye características especiales, mejoras o accesorios para el equipo a menos que sea médicamente necesario.
- El Plan cubrirá la renta o compra del equipo médico duradero que sea Médicamente Necesario, incluyendo su reparación y ajuste. No cubriremos reparaciones que sobrepasen el precio de compra.
- Las reparaciones o reemplazo de equipo médico duradero, está cubierto si es médicamente necesario, a nuestra discreción, o como consecuencia de un cambio en la Afección médica o física del Miembro. Reparación de equipo médico duradero o prótesis o dispositivos ortopédicos que pertenecieron previamente al Miembro y no se le proporcionaron a través del Plan pueden cubrirse, excepto aquellos definidos como Suministros y Tratamientos de la Diabetes. La cobertura de estas reparaciones será a nuestra discreción.

- El Plan se sujeta a las regulaciones establecidas por Medicare en lo relacionado al tiempo de vida del equipo médico duradero Se espera que el equipo dure por lo menos cinco años
- No se cubre el reemplazo por pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción. El Plan tampoco cubrirá el reemplazo en caso de que el paciente inapropiadamente venda o regale el equipo.
- El Plan no cubre el reemplazo de equipo médico duradero solo por la expiración de la garantía, o porque haya disponibilidad de equipo nuevo o mejorado. El Plan no cubre duplicados o extras de equipo médico duradero para comodidad, conveniencia o viaje del Miembro.

Aparatos ortopédicos

Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son Médicamente Necesarios. Los aparatos ortopédicos incluyen soportes y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función corporal, incluyendo una deformidad de pie equinovaro. Los servicios profesionales relacionados con el ajuste y uso de esos dispositivos que igualen la cobertura proporcionada bajo las leyes federales para seguros de salud para adultos mayores y los discapacitados. Los aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Las plantillas o zapatos ortopédicos no están cubiertos, salvo para Miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía significativa. Las órtesis de rodilla, tobillo y pie fabricada a la medida (KAFO, en inglés) y las órtesis de tobillo y pie (AFO, en inglés) están cubiertas para Miembros de acuerdo con las regulaciones reconocidas internacionalmente.

Dispositivos prostéticos

Las prótesis internas y/o aparatos médicos están cubiertos cuando son ordenados por un profesional y tienen una Autorización previa de nosotros.

Una prótesis externa (EPA, por sus siglas en inglés) está cubierta con Autorización previa y cuando es Médicamente Necesaria para el caso o estado de salud de una persona. Los dispositivos prostéticos externos son substitutos artificiales que se colocan, o se unen a la parte externa del cuerpo; son usados para reemplazar partes faltantes (como una pierna, un brazo o una mano); o se necesitan para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Cubriremos prótesis externas que sean necesarias para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria. Los servicios profesionales relacionados con el ajuste y uso de esos dispositivos que igualen la cobertura proporcionada bajo las leyes federales para seguros de salud para adultos mayores y los discapacitados. Los soportes se consideran prótesis externas. (Esto no incluye aparatos de ortodoncia).

Existen algunas exclusiones y limitaciones que aplican a la cobertura de prótesis externas:

- El Plan cubre prótesis externas para personas ambulantes de nivel K1 al K3. Las prótesis externas para personas ambulantes de nivel 0 o 4 no están cubiertas.
- Si es necesario, este plan cubrirá el reemplazo de las prótesis externas, a causa del crecimiento normal del cuerpo o por cambios debido a una enfermedad o lesión.
- El Plan sigue las regulaciones de Medicare para determinar la vida de una prótesis externa.
- El Plan cubre prótesis externas prefabricadas salvo que existan documentos que evidencien que es médicamente necesaria una prótesis hecha a la medida. Esto incluye mejoras o accesorios que no sean para fines terapéuticos.
- No están cubiertas las prótesis externas solicitadas con el propósito de poder participar en actividades de recreación o esparcimiento.
- No están cubiertas las prótesis externas solicitadas con el propósito de poder jugar algún deporte.
- La reparación o reemplazo de prótesis externas está cubierto si son médicamente necesarias, según se establece en el Plan.
- No está cubierta la reparación o reemplazo de prótesis externas que fueron perdidas, robadas o destruidas.
- El Plan no cubre duplicados o extras de prótesis externas para su comodidad, conveniencia.

Dispositivos médicos implantados

El Plan cubre implantes médicos cuando sean Médicamente Necesarios y sean ordenados por un Proveedor Participante. Estos dispositivos incluyen, entre otros, marcapasos, articulaciones artificiales de cadera, implantes cocleares y stents. La cobertura consiste en apoyos y ayudas internas temporales o permanentes para partes del cuerpo defectuosas. También cubriremos el costo de reparaciones o mantenimiento de los dispositivos cubiertos. Los servicios requieren Autorización previa; consulte la sección de Autorizaciones previas para obtener más información.

Dispositivos auditivos

El plan cubre audífonos y ciertos servicios relacionados, los cuales incluyen cargos por colocación y ajuste; y moldes auriculares, según sea necesario, para mantener un ajuste óptimo de los audífonos. Los audífonos son equipo médico duradero que tienen un diseño y sistema de circuitos para optimizar la audición y las habilidades auditivas en el ambiente en el que comúnmente se desenvuelven los niños. Los servicios los debe prestar un audiólogo, un distribuidor de audífonos o un médico. Este beneficio está limitado a un audífono por oído cada tres años.

Los implantes cocleares médicamente o audiológicamente necesarios para cada oído con reemplazo interno están cubiertos por este Plan para personas de 18 años o menores. Los servicios incluyen cargos por adaptación y despacho, tratamiento de habilitación y rehabilitación, un procesador del habla externo y un controlador con los componentes necesarios y su reemplazo cada tres años.

Trastorno por errores congénitos del metabolismo (IEM, en inglés)

El trastorno por errores congénitos del metabolismo es un trastorno raro, heredado, que se presenta al nacer y puede causar la muerte si no se trata. Los errores heredados o genéticos del metabolismo son Afecciones genéticas que ocasionan problemas de metabolismo. La mayoría de las personas con trastornos metabólicos heredados tienen un gen defectuoso que provoca una deficiencia enzimática. Existe una variedad de trastornos metabólicos, pero cada uno de ellos suele ser poco frecuente en la población general. Los trastornos metabólicos heredados se presentan al nacer.

Los Servicios Cubiertos para los Errores congénitos del metabolismo incluyen el tratamiento de errores congénitos del metabolismo que implica el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos y grasas para los cuales existan métodos médicamente estándar de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. Entre dichos tratamientos podemos mencionar dietas especiales que eliminan o reemplazan ciertos nutrientes, tomar reemplazos enzimáticos u otros suplementos para apoyar el metabolismo, tratar la sangre para eliminar productos tóxicos del metabolismo, servicios clínicos, análisis bioquímicos, suministros médicos, Medicamentos con receta y lentes correctivos para Afecciones relacionadas con el trastorno por errores congénitos del metabolismo.

Un error congénito del metabolismo no es solo una alergia o intolerancia a ciertos alimentos, como la intolerancia a la lactosa o la sensibilidad al gluten.

Los Servicios Cubiertos bajo esta sección deben ser provistos por Proveedores con experiencia específica en el manejo de pacientes diagnosticados con errores congénitos del metabolismo que puedan diagnosticar, monitorear y controlar los trastornos mediante evaluación nutricional y médica.

Alimentos médicos especiales para Errores congénitos del metabolismo

El Plan cubrirá alimentos médicos especiales, como fórmulas básicas basadas en aminoácidos, sin importar el método de administración de la fórmula, para tratar errores congénitos del metabolismo. Los alimentos médicos especiales incluyen sustancias nutritivas que:

- Están diseñadas para el manejo médico y nutricional de un paciente con capacidad limitada para metabolizar alimentos comunes;
- Están elaboradas o formuladas específicamente para que se diferencien en uno o más nutrientes que están presentes en los alimentos naturales;
- Están formuladas para que se consuman o administren internamente; y
- Son esenciales para un óptimo crecimiento, salud y homeostasis metabólica.

Los alimentos médicos especiales se deben obtener de un Proveedor o distribuidor participante del plan y únicamente si un Médico los recetó para el tratamiento de un error congénito del metabolismo. Cubrimos las fórmulas necesarias para tratar la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria al igual que cubrimos los medicamentos que están disponibles solo por orden del médico.

Servicios de habilitación

Los servicios de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y las funciones necesarias para la vida diaria. Estas funciones pueden incluir comer y bañarse. El Plan cubre servicios de habilitación tales como terapia física y ocupacional, patología del habla y lenguaje y otros servicios para las personas con discapacidades.

Trastorno del espectro autista

"Trastorno del espectro autista" significa un trastorno neurobiológico que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o el trastorno generalizado del desarrollo, no especificado en otra forma.

La cobertura incluye pruebas de detección de bebé sano y niño sano para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista y tratarlo a través de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Estos servicios únicamente pueden ser provistos por Proveedores certificados, registrados o con licencia Además, los proveedores deben contar con el reconocimiento y aceptación de un organismo competente de los Estados Unidos o estar certificados como proveedores bajo el sistema de salud militar de TRICARE, o que actúe bajo la supervisión de dicho proveedor.

La cobertura está limitada a todos los servicios generalmente reconocidos en el plan de tratamiento, según lo indicado por el Médico de atención primaria del Miembro. Los servicios generalmente reconocidos pueden incluir (1) servicios de evaluación, (2) análisis conductual aplicado, (3) entrenamiento conductual y manejo del comportamiento, (4) terapia del habla, (5) terapia ocupacional, (6) terapia física o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista. Es posible que algunos servicios necesiten la Autorización previa del plan.

Servicios de atención médica en el hogar

Los servicios de atención médica a domicilio Médicamente Necesarios se cubren bajo ciertas condiciones. Los Servicios de salud en el hogar deben ser proporcionados si el médico tratante certifica que será necesaria una hospitalización o confinamiento en un centro especializado, si el plan de tratamiento para la atención en el hogar no es proporcionado. Los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor autorizado y calificado. La cobertura es limitada en virtud de este Plan.

Los servicios de atención médica en el hogar pueden incluir:

- Visitas de enfermeros profesionales, que incluye, entre otros, enfermeros registrados, enfermeros profesionales autorizadas y otros profesionales de la atención médica participantes, tales como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, patólogos del habla, asistentes de la atención médica en el hogar, trabajadores sociales y dietistas;
- La administración o el uso de suministros médicos consumibles y equipo médico duradero por personal profesional durante una visita de atención médica domiciliaria autorizada;
- Terapia de infusión domicilio;
- Medicamentos cubiertos y medicamentos recetados por un Proveedor Participante durante el tiempo que duren los servicios de atención médica en el hogar;
- Servicio privado de enfermería para servicios de atención extendida, médicamente necesarios.

El plan cubrirá la terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla provista en el hogar, Estos se limitan a los servicios proporcionados en la orden por escrito de un proveedor siempre que la orden se renueve al menos cada sesenta (60) días.

Servicios para pacientes hospitalizados

El plan cubre los Servicios para pacientes hospitalizados cuando son Médicamente Necesarios. Los servicios incluyen el tratamiento y la evaluación de las Afecciones médicas para las cuales la atención médica para pacientes ambulatorios no sería apropiada.

Los Servicios para pacientes hospitalizados incluyen:

- Habitación semiprivada y alimentación,
- Uso de servicios de la unidad de cuidados intensivos,
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos y quimioterapia;
- Comidas;
- Suplementos dietéticos y nutricionales especiales Médicamente Necesarios;
- Vendajes y yesos;
- Atención de enfermería general y enfermería para servicios especializados Médicamente Necesarios;
- El uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas;
- Sangre completa y sangre, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazables por o para el Miembro,
- Administración de sangre completa y plasma sanguíneo;
- Radiografías, laboratorios y otros servicios de diagnóstico;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Terapia por inhalación (terapia respiratoria);
- Servicio privado de enfermería cuando sea médicamente necesario,

- Terapia de radiación; y
- Otros servicios prestados en un hospital de cuidados intensivos.

Los servicios hospitalarios de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa; consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados

El Plan cubre hospitalizaciones para prestar atención intensiva a largo plazo (LTCA, por sus siglas en inglés) cuando es Médicamente Necesario. Los Hospitales LTAC brindan atención a los Miembros que requieren atención a largo plazo para pacientes hospitalizados debido a afecciones complejas que no se pueden tratar en un centro con un menor nivel de atención. Los LTAC pueden incluir atención pulmonar, atención avanzada de heridas y servicios de atención crítica.

Los servicios que el Plan cubre incluyen:

- Exámenes de laboratorio;
- Terapia respiratoria;
- 3 o más antibióticos por vía intravenosa, otros medicamentos por vía intravenosa, nutrición parenteral total y líquidos por vía intravenosa,
- Manejo del dolor;
- Rehabilitación limitada, que incluye fisioterapia, terapia ocupacional, cognitiva y del habla;
- Chequeos frecuentes de los signos vitales, signos neurológicos o vasculares,
- Monitoreo cardíaco;
- Monitoreo de medicamentos;
- Control nutricional;
- Manejo de líquidos, ingesta y eliminación, y registro del peso diario; y
- Educación para el paciente, la familia y/o los encargados del cuidado del paciente.

Los servicios de cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa; consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios médicos para pacientes hospitalizados

El plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados proporcionados por médicos u otros profesionales de la salud. Estos servicios deben ser Médicamente Necesarios. Los Servicios médicos para pacientes hospitalizados incluyen servicios que hayan sido realizados, recetados o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud, que incluyen:

- Diagnóstico,
- Terapéuticos,
- Médicos,
- Quirúrgicos,

- Preventivos
- Remisión,
- Servicios de atención médica de asesoramiento.

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

El plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación para pacientes agudos. Estos servicios deben ser Médicamente Necesarios. Estos servicios también son Servicios Cubiertos para niños con retrasos en el desarrollo e incluyen evaluaciones y servicios de terapia ocupacional, evaluaciones y servicios de fisioterapia, evaluaciones y servicios de terapia del habla y evaluaciones alimentarias o nutricionales.

Un Proveedor autorizado y calificado debe prestar los servicios, los cuales incluyen lo siguiente:

- Habitación semiprivada y alimentación,
- Servicios médicos;
- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de terapia especializada,
- Servicios de equipo multidisciplinario (servicios de dietista y trabajadores sociales médicos),
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos,
- Comidas, incluida la dieta médicamente necesaria y los suplementos nutricionales;
- Radiografías, laboratorios y otros servicios de diagnóstico y
- Terapia de oxígeno y terapia por inhalación (servicios de terapia respiratoria).

Los Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa, consulte la Sección de Autorización previa para obtener más información.

Terapia de oxigenación hiperbárica

La terapia de oxigenación hiperbárica es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una afección reconocida como una de las indicaciones aceptadas dentro de las definiciones del Comité de Terápia de Oxígenación Hiperbárica (Hyperbaric Oxygen Therapy Committee) de la Sociedad Médica Hiperbárica y Subacuática (Undersea and Hyperbaric Medical Society, UHMS). La terapia de oxigenación hiperbárica se excluye para cualquier otra Afección. La terapia de oxigenación hiperbárica requiere Autorización previa. Para que los servicios puedan ser cubiertos, los mismos deben ser provistos por un Proveedor Participante.

Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, alcoholismo y Consumo de Sustancias

Proporcionamos beneficios y cobertura para afecciones de salud mental y trastornos por consumo de sustancias bajo los mismo términos y condiciones aplicables a los beneficios y cobertura médica y quirúrgica del plan. La cobertura puede no imponer limitaciones cuantitativas o no

cuantitativas de tratamiento a los beneficios para afecciones de salud mental o trastornos por consumo de sustancias que sean más restrictivos que las limitaciones cuantitativas o no cuantitativas de tratamiento impuestas a la cobertura de los beneficios para gastos médicos o quirúrgicos.

Servicios por consumo de alcohol y de sustancias

Este Plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del Consumo de Sustancias, que incluye los trastornos por consumo de alcohol y drogas, en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen la hospitalización para la desintoxicación por consumo de alcohol y drogas y hospitalización para rehabilitación parcial. La rehabilitación no incluye un centro de tratamiento residencial u otro centro que use un modelo social para brindar servicios de rehabilitación. Los servicios deben ser provistos por un Proveedor autorizado y calificado.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen la evaluación, desintoxicación ambulatoria, terapia y consejería individual, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP), terapia grupal, así como el manejo de medicamentos por un Proveedor autorizado y calificado.

Tratamiento de salud conductual

Este Plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento de trastornos conductuales o trastornos mentales en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización, hospitalización parcial y terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés). Los servicios para pacientes hospitalizados y de ECT requieren Autorización previa y todos los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor autorizado y calificado. La estadía continuada debe cumplir con los criterios de necesidad médica y las leyes estatales aplicables.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen evaluación, terapia y consejería individual, grupal, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, en inglés), terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) y manejo de medicamentos. Todos los servicios deben ser proporcionados por un Proveedor autorizado y calificado.

Suplementos y apoyo nutricional

Este Plan cubrirá los siguientes Suplementos nutricionales que han sido recetados por un Proveedor autorizado y calificado:

- Suplementos nutricionales para la atención prenatal de una mujer embarazada;
- Suplementos nutricionales cuando sean Médicamente Necesario para reemplazar una deficiencia específica documentada;
- Suplementos nutricionales cuando sean Médicamente Necesarios y su administración sea por inyección en el consultorio de un Proveedor;
- Fórmulas o productos enterales, como soporte nutricional, cuando se administran mediante alimentación por sonda enteral;
- Nutrición parenteral total (TPN, en inglés) a través de catéteres intravenosos que se introducen en las venas centrales o periféricas; y
- Alimentos médicos especiales que se incluyen en la sección de Beneficios de IEM de este Contrato.

Algunos suplementos y apoyo nutricional requieren Autorización previa; vea en su Sección de Autorización previa para obtener más información.

El Plan también cubre fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración de fórmulas, que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento de:

- Alergias relacionadas o no con la Inmunoglobulina E para múltiples proteínas de alimentos
- Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias grave
- Trastornos eosinofílicos, según lo que demuestran los resultados de una biopsia; y
- Disminución de la absorción de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

Evaluación nutricional

El Plan cubre evaluaciones y asesoramiento nutricional para el manejo médico de una enfermedad documentada. Esto incluye la cobertura por obesidad. Estos servicios deben obtenerse de un Proveedor autorizado y calificado o de un dietista registrado. Consulte la sección de Exclusiones de este Contrato para obtener más información.

Medicamentos orales contra el cáncer

El plan cubre un medicamento oral contra el cáncer que se usa para matar o retrasar el crecimiento de células cancerosas bajo los mismos términos de cobertura que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados que corresponden a los Servicios Cubiertos. Se requiere autorización previa.

Servicios médicos para pacientes ambulatorios

El Plan cubre hospitalización y/o procedimientos ambulatorios para pacientes ambulatorios.

Estos servicios deben ser Médicamente Necesarios y recetados por su médico de atención primaria o un profesional de la atención de la salud tratante. Los servicios pueden prestarse en un hospital; el consultorio de un médico; o cualquier otro centro autorizado apropiado. El Proveedor que presta los servicios debe estar facultados para ejercer, y debe hacerlo conforme a la autoridad conferida por el plan de atención médica, un grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad, según lo que determine la ley de Texas.

Los servicios de hospital para pacientes ambulatorios o los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios pueden incluir:

- Servicios de atención primaria y médico especialista
- Servicios para pacientes ambulatorios por otros proveedores;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de laboratorio, imagenológicos y de radiología,
- Servicios de radiología terapéutica,
- Servicios prenatales,
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional;
- Servicios de atención médica a domicilio, según lo que el médico, u otra autoridad que el Plan designe disponga o indique,
- Servicios preventivos obligatorios por ley, que incluyen ciertos exámenes periódicos de salud para adultos, vacunas para niños, cuidado del niño sano desde el nacimiento, exámenes de detección de cáncer relacionados con mamografías, cáncer de próstata o cáncer colorrectal, exámenes de ojos y oídos para niños de hasta 17 años y vacunas para adultos,
- Tratamiento para trastorno genético fenilcetonuria (PKU, en inglés) y otros trastornos genéticos;
- Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de médicos y cirujanos;
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología;
- Pruebas prequirúrgicas,
- Sangre completa, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazables por o para el Miembro,
- Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos;
- Vendajes, yesos y servicios de bandejas esterilizadas;
- Suministros médicos;
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento, servicios de cirugía ambulatoria, servicios de diagnóstico (incluidos los servicios de laboratorio, radiología e imagenológicos) y
- Anestésicos y/o servicios de anestesia.

Algunos servicios de hospitalización y/o procedimientos ambulatorios para pacientes ambulatorios requieren Autorización previa; vea en su Sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios del médico/proveedor

Los servicios del Médico/Proveedor son los servicios que razonablemente se requieran para mantener una buena salud. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a exámenes periódicos y visitas al consultorio.

Visitas al consultorio médico

El Plan cubrirá Servicios de atención primaria y de especialidad para el diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad o Lesión.

Tratamiento de alergias

Se proporciona cobertura para consultas, pruebas, tratamientos e inyecciones contra alergias aplicadas por un especialista en alergias o un inmunólogo.

Segundas opiniones

Se puede obtener Segundas opiniones de Proveedores Participantes dentro de la red sin necesidad de una Autorización previa. Si determinamos, en una consulta con un Proveedor Participante, que dentro de la red no se dispone de una segunda opinión, la cobertura está limitada a una consulta fuera de la red por diagnóstico. Una segunda opinión fuera de la red requiere que le emitamos una Autorización previa.

Fármacos/Medicamentos con receta

El Plan proporcionará cobertura de medicamentos, suministros, suplementos y administración de un medicamento (si dichos servicios no estuvieran excluidos de otra forma de la cobertura) cuando los recete un Proveedor autorizado y calificado y que Usted los obtenga en una farmacia o a través del Programa para hacer pedidos por correo del Plan. La cobertura de Medicamentos con receta incluye medicamentos genéricos, de marca o no preferidos.

Usamos una Lista de medicamentos, que es una Lista de Medicamentos con receta cubiertos por el Plan. La *Lista de medicamentos* incluye medicamentos para una variedad de estados y enfermedad. Si se realiza alguna modificación a la *Lista de Medicamentos*, el Plan le enviará a los Miembros una notificación en un período de 60 días. Los medicamentos enumerados en la Lista de Medicamentos del Plan se seguirán ofreciendo al nivel de beneficios establecido hasta la fecha de renovación del Plan. En ocasiones es Médicamente Necesario que un Miembro use un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos.* Cuando esto ocurra, el médico que receta puede solicitar una excepción de la cobertura a través del Centro de excepciones de farmacia del Plan. Además, algunos de los medicamentos de la *Lista de medicamentos* podrían requerir una

Autorización previa, un requisito de terapia gradual o podrían tener límites de cantidad antes de la cobertura. Consulte la Sección de Exclusiones para obtener más información sobre los Medicamentos con receta que no están cubiertos.

El protocolo de Terapia escalonada cumple con todos los requisitos obligatorios, que incluyen poner a su disposición un proceso de solicitud de excepciones, así como de informarle sus derechos de apelación acelerada sobre una Determinación adversa y sus derechos de revisión externa para denegaciones de solicitudes de excepción. Esto no aplica a los medicamentos con receta asociados con el tratamiento de cáncer avanzado metastásico en cuarta etapa o afecciones asociadas.

Algunos Medicamentos con receta pueden estar limitados a una Farmacia especializada o a una farmacia específica, según la aprobación de la FDA. Estos medicamentos se designarán en la *Lista de medicamentos* con tales limitaciones.

Si un Miembro recibió Atención de emergencia fuera del área y se le surtió una receta, el Plan requiere que la Reclamación se presente para su reembolso a más tardar 1 año (365 días) después de la fecha del servicio. El reclamo debe contener una declaración detallada de los gastos.
Un comité médico compuesto por 15 médicos y farmacéuticos independientes desarrolla y mantiene la Lista de medicamentos. El comité decide si un medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos* después de revisar la información clínica, de seguridad y financiera. Siempre se consideran los motivos clínicos antes que el costo del medicamento al determinar la cobertura y la ubicación en la lista de medicamentos. Algunos medicamentos podrían necesitar Autorización previa.

La *Lista de medicamentos* se revisa periódicamente, y los medicamentos en dicha lista se pueden agregar, modificar o eliminar. Solo eliminaremos un medicamento o cambiaremos los requisitos, límites o restricciones al momento de la renovación de su cobertura. Usted recibirá una notificación con 60 días de antelación al cambio en la *Lista de medicamentos*.

Si tiene preguntas sobre la *Lista de medicamentos* o sobre sus beneficios de Medicamentos con receta, llame a Servicio al Miembro para obtener ayuda. Puede encontrar información adicional sobre sus gastos compartido de Medicamentos con receta, incluidos los copagos, límites de desembolso directo, programas para hacer pedidos por correo, limitaciones y exclusiones en el *Programa de beneficios*.

Algunos Medicamentos con receta pueden estar limitados a una Farmacia especializada o a una farmacia específica, según la aprobación de la FDA. Estos medicamentos se designarán en la *Lista de medicamentos* con tales limitaciones.

La *Lista de medicamentos* incluye todos los medicamentos requeridos por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio y el Departamento de Seguros de Texas. Hay ciertos medicamentos que la ley no obliga a cubrir. Estos medicamentos se relacionan con el tratamiento del cáncer, la diabetes y para dejar de fumar. Consulte las secciones de este Contrato y su *Programa de Beneficios* con respecto a estos Medicamentos con receta cubiertos.

Se le solicitará que pague sus Medicamentos con receta cubiertos, de acuerdo al que resulte menor de:

- el copago,
- el monto de la reclamación permitida para el medicamento con receta o
- el monto que pagaría por el Medicamento con receta si Usted lo compró sin usar Su cobertura médica

Si recibe un suministro parcial de un medicamento con receta de su farmacia, sus costos compartidos se distribuirán de manera proporcional en función de la cantidad de días en que efectivamente se despachó el suministro del medicamento. Si necesita gotas para ojos para tratar una enfermedad o afección crónica de los ojos, podrían volver a surtirle sus gotas el o antes del último día del período de la dosis recetada y:

- no antes del 21º día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
- no antes del 42º día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos; o
- no antes del 63º día después de la fecha en que se despacha una receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Hemos establecido un plan de sincronización de medicación. Este plan se estableció con el propósito de sincronizar el surtido o el resurtido de múltiples recetas.

Los medicamentos para un uso no incluido en la etiqueta son beneficios cubiertos cuando han sido aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) por lo menos si se usan dentro de la indicación y se reconocen para el tratamiento de la indicación para la cual se receta el medicamento en un compendio de referencia de medicamentos estándar o por ser sustancialmente aceptados en publicaciones médicas sometidas a revisión por pares. El medicamento debe recetarse para tratar un Servicio cubierto y debe ser médicamente necesario. Los medicamentos para un uso no incluido en la etiqueta no se denegarán únicamente sobre la base de que el medicamento no está incluido en la *Lista de Medicamentos*.

Cirugía reconstructiva

Este Plan cubrirá los servicios Médicamente Necesarios para cirugía por medio de los cuales se puede esperar u obtener una mejora razonable en la función fisiológica para la corrección de los trastornos funcionales que resultan de una lesión accidental o de defectos congénitos o enfermedad. Los beneficios de cirugía reconstructiva están limitados e incluyen:

- Tratamiento proporcionado para la corrección de defectos provocados por una lesión accidental que haya sufrido el Miembro; o
- Tratamiento proporcionado para cirugía reconstructiva después de una cirugía por cáncer; o
- Cirugía realizada a un recién nacido para el tratamiento o corrección de un defecto congénito; o

- Cirugía realizada a un hijo dependiente cubierto (diferente a un hijo recién nacido) menor de 19 años para el tratamiento o corrección de un defecto congénito, diferente a afecciones de las mamas; o
- Reconstrucción del seno en el que se practicó una mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Terapia de rehabilitación

La terapia de rehabilitación incluye terapia física, del habla, ocupacional y cardíaca y pulmonar. El Plan cubre estas terapias cuando se haya determinado que se puede esperar que causen una mejora significativa de la Afección física de un Miembro. Estos servicios podrían necesitarse como resultado de una lesión, cirugía o una Afección médica aguda. Se proporciona Terapia ocupacional relacionada para capacitar a los Miembros a fin de que puedan desempeñar sus actividades cotidianas.

Centro de enfermería especializada

Su Plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de enfermería especializada. Estos servicios deben ser Médicamente Necesarios, tener una Autorización previa y que un Proveedor autorizado y calificado los suministre. Los Servicios Cubiertos están limitados según lo establecido en el *Programa de Beneficios* e incluyen:

- Habitación semiprivada y alimentación,
- Servicios de enfermería general y especializada,
- Consultas con el médico;
- Terapia de rehabilitación limitada;
- Radiografías y
- Administración de medicamentos cubiertos, medicación, productos biológicos y líquidos.

Programa/asesoría para dejar de fumar

Servicios de diagnóstico y asesoramiento para dejar de fumar, de conformidad con lo dispuesto a continuación, y ciertos medicamentos para dejar de fumar indicados en la *Lista de medicamentos.*

Servicios de diagnóstico necesarios para identificar el consumo de tabaco, las afecciones relacionadas con el uso y la dependencia. La consejería grupal, incluidas las clases o una línea de ayuda para dejar de fumar están cubiertas a través de un Proveedor Participante. No aplican los costos compartidos y no hay límite monetario ni máximos de consultas.

Comuníquese con Servicio al Miembro llamando al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Trasplantes

El Plan cubrirá los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cuando se hayan autorizado previamente; y los servicios se reciban en centros aprobados por el Plan dentro de los Estados Unidos.

El receptor de un trasplante de órgano debe ser un Miembro al momento de la prestación de los servicios. Los beneficios no están disponibles cuando el miembro es un donante. Los beneficios no están disponibles si el receptor no es un Miembro. El término receptor se define para incluir a un Miembro que recibe servicios autorizados relacionados con el trasplante durante cualquiera de lo siguiente: (a) evaluación, (b) candidatura, (c) evento de trasplante o (d) atención posterior al trasplante. La cobertura está sujeta a las condiciones y limitaciones descritas en el *Programa de Beneficios* y en este Contrato.

Definición de servicio de trasplante

Los servicios de trasplante incluyen servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para el receptor. Este Plan cubre también la obtención de órganos que se requieren para el trasplante de órganos o tejidos de persona a persona. Los tipos de trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, de riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado y páncreas.

Autorización previa

Los servicios de trasplante deben tener una Autorización previa del Plan. La Autorización previa se basa en una evaluación realizada por un centro de trasplantes aprobado por el Plan y en base a las regulaciones médicas relevantes basadas en la evidencia.

Un Miembro puede solicitar la autorización del plan de salud para la inclusión en una lista de espera doble para trasplantes. La segunda lista debe ser de una Organización de adquisición de órganos separada o diferente. Si bien se autoriza la inclusión en dos listas, el pago se hará a un solo centro para el evento real del trasplante.

Costo de la adquisición de órganos

El Plan cubrirá los costos directamente relacionados con la adquisición de un órgano de un cadáver o de un donante vivo. El Plan cubre también la cirugía necesaria para la extirpación de órganos, el tránsito y transporte del órgano, la hospitalización y la cirugía de un donante vivo. Las pruebas de compatibilidad que se realizan antes de la adquisición se cubren si el Plan determina que son médicamente necesarias.

Viaje para obtener un trasplante

Los gastos de viaje incurridos en relación con un trasplante con Autorización previa se cubren hasta $10,000 de por vida. Los beneficios para el transporte, alojamiento y alimentación están a disposición de los Miembros solo si son receptores de un trasplante de órgano/tejido con Autorización previa de un Proveedor aprobado por el Plan. El viaje para trasplante debe tener una Autorización previa del Pan.

Los gastos de viaje cubiertos para que un Miembro reciba un trasplante incluirán cargos por:

- Transporte hacia y desde el sitio del trasplante, incluidos los cargos por el alquiler de un automóvil utilizado durante un período de atención en el centro de trasplantes;
- Alojamiento mientras esté en el sitio de trasplantes, o cuando viaje hacia y desde el mismo;
- La alimentación mientras esté en el sitio de trasplantes, o cuando viaje hacia y desde el mismo.

El Plan también cubrirá los gastos de viaje de un acompañante para que acompañe al paciente en los casos descritos anteriormente. Los pacientes menores de edad pueden recibir beneficios de viaje para ellos, uno o ambos padres, o un padre y un acompañante designado. Un acompañante puede ser un cónyuge, un miembro de la familia, un tutor legal o cualquier persona que no tenga parentesco con el Miembro, pero que esté activamente involucrada en la atención del Miembro.

Los siguientes gastos de viaje se excluyen de la cobertura:

- los gastos de viaje incurridos debido a viajes dentro de las sesenta (60) millas de la casa del Miembro;
- facturas por lavandería;
- facturas telefónicas;
- alcohol o productos derivados del tabaco; y
- cargos por transporte que excedan las tarifas de un autobús no urbano.

Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos

El Plan cubrirá medicamentos inmunosupresores para pacientes hospitalizados para trasplantes de órganos. Los Medicamentos con receta podrían estar cubiertos. Consulte su *Programa de Beneficios* para obtener información sobre sus beneficios de Medicamentos con receta.

Atención de la vista

- Un examen de bienestar visual por año para los niños, un examen de bienestar visual cada 24 meses para los adultos.
- Un par de anteojos por año para niños, uno cada 24 meses para los adultos.
- Servicios de la vista para niños Dependientes que son Beneficios de salud esenciales

Atención médica para mujeres

Consulte la sección de AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCTIVA de este Contrato.

El Plan cubre ciertos servicios relacionados con la atención médica de la mujer. Algunos de los Servicios Cubiertos son:

- Atención prenatal, incluidos los suplementos nutricionales que sean Médicamente Necesarios y recetados por un médico.
- Mamografías para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía en dosis bajas, que incluyen mamografía digital o tomosíntesis de mama, realizados en un centro de diagnóstico por imágenes designado, y mamografías para fines de detección y diagnóstico, que incluyen, entre otros, exámenes de mamografía en dosis bajas realizados en un centro de diagnóstico por imágenes designado y aprobado. Como mínimo, el Plan cubrirá una mamografía anual a las mujeres de treinta y cinco (35) años de edad o mayores, aunque las mamografías de diagnóstico no tienen límite de edad;
- Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.
- Exámenes citológicos (pruebas de Papanicolaou) que incluyen una prueba de detección del virus del papiloma para determinar la presencia de afecciones precancerosas o cancerosas y otros problemas de salud, al igual que el examen de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más; y para mujeres que están en riesgo de cáncer o en riesgo de otros Padecimientos de salud que pueden identificarse a través de un examen citológico;
- La vacuna contra el virus del papiloma humano está disponible para Miembros de sexo femenino de nueve (9) a catorce (14) años de edad.
- Pruebas genéticas de cáncer de seno y de ovario y asesoramiento genético basado en la historia familiar.
- Prueba de detección de diabetes gestacional.
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Pruebas de detección y asesoramiento para violencia y abuso interpersonal y doméstico.
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención como paciente hospitalizado después de una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención como paciente hospitalizado después de la disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno.
- Servicios relacionados con mastectomía que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema, acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica calificada para mujeres Miembros.

Atención médica para la maternidad

La atención de maternidad está cubierta tal como se muestra en su *Programa de Beneficios*. Usted tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad que se indican en esta sección. El Plan podría requerir una Autorización previa para algunos Servicios Cubiertos antes de que se brinden tales servicios.

Atención médica prenatal por maternidad

La cobertura de atención médica prenatal incluye:

- un mínimo de una visita al consultorio prenatal por mes durante los primeros dos trimestres del embarazo,
- un mínimo de dos visitas al consultorio por mes durante el séptimo y octavo mes y
- un mínimo de una visita al consultorio por semana durante el noveno mes y hasta la fecha del parto por un Proveedor Participante.

Cada visita al consultorio también incluirá asesoramiento y educación prenatal, pruebas de detección necesarias y adecuadas, incluido el historial, exámenes físicos y procedimientos de laboratorio y diagnóstico que el médico/Proveedor Participante considere apropiados. Esto se basa en criterios médicos reconocidos para el grupo de riesgo del cual el paciente es un Miembro.

Las complicaciones del embarazo están cubiertas bajo este Contrato de la misma manera que otros padecimientos o enfermedades. El término complicaciones del embarazo significa las Afecciones que requieren confinamiento en un hospital (estando aún embarazada la paciente), cuyos diagnósticos difieren del embarazo per sé, pero que resultan o empeoran con el embarazo, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y Afecciones médicas y quirúrgicas similares comparables en cuanto a su gravedad, pero no deben incluir parto falso, manchado ocasional, descanso ordenado por el médico durante el embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y Afecciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyen una complicación nosológicamente distinta del embarazo; y cesárea no electiva, terminación del embarazo ectópico e interrupción espontánea del embarazo, que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

Atención obstétrica

La atención de maternidad incluye la cobertura de atención obstétrica, que incluye a los médicos participantes, la enfermera partera certificada autorizada participante y la sala de partos participante, así como otros servicios Médicamente Necesarios directamente relacionados con el parto.

Servicios prestados por una enfermera partera certificada autorizada

Los servicios de una enfermera partera certificada autorizada están cubiertos, sujetos a las siguientes limitaciones:

- La enfermera partera certificada autorizada es un Proveedor Participante.
- Los servicios de la Enfermera partera certificada autorizada se deben prestar bajo la supervisión de un obstetra autorizado participante o un Proveedor de medicina familiar autorizado.
- Los servicios deben prestarse para fines de preparación para, o en relación con, el parto de un bebé recién nacido en un lugar que esté cubierto por este beneficio de maternidad.
- Para los fines de este beneficio de maternidad, los únicos lugares permitidos para el parto son un hospital participante o un centro de maternidad autorizado. Las tarifas combinadas de la enfermera partera certificada autorizada y de cualquier médico que brinde tratamiento o médico supervisor, para todos los servicios que se hayan prestado durante y después del nacimiento, no pueden exceder las tarifas permitidas que se hubieran pagado al médico si hubiera sido el único Proveedor de esos servicios.

Servicios para el parto

Se cubre la atención médica, quirúrgica y hospitalaria durante el período del embarazo, en el momento del parto y durante el período de posparto para un parto normal, el aborto espontáneo (aborto espontáneo) y las complicaciones del embarazo. La cobertura para una madre debe estar disponible durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizados después de un parto vaginal y un mínimo de noventa y seis (96) horas de atención para pacientes hospitalizados después de una cesárea. Cualquier decisión de acortar el período de atención como paciente hospitalizado para la madre o el recién nacido debe tomarla el médico o Proveedor que lo atiende en consulta con la madre y debe incluir el cuidado posparto apropiado en el hogar de la madre, el consultorio del médico o en una instalación de atención médica u otra ubicación apropiada.

El transporte, incluido el transporte aéreo a la instalación de atención médica contratada autorizada más cercana está disponible para mujeres embarazadas de alto riesgo con un parto inminente de un bebé potencialmente viable. Cuando sea necesario proteger la vida del bebé, se cubre el transporte, incluido el transporte aéreo, al centro de atención médica terciaria disponible más cercana.

Atención posparto

La atención de maternidad incluye visitas posparto. Se cubre la atención posparto en el hogar de acuerdo con las evaluaciones aceptadas del médico materno y neonatal, por una persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas para proporcionar atención posparto. Los servicios prestados por dicha persona incluirán, pero no se limitarán a, la educación para padres,

asistencia y capacitación en lactancia materna y con biberón y la realización de las pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

La cobertura de la atención posparto en el hogar incluye un mínimo de tres visitas a domicilio, a menos que el médico que brinda tratamiento o la persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas determine que una o dos visitas en el hogar son suficientes para brindar atención posparto a la madre. Las visitas en el hogar se realizan dentro del plazo ordenado por el médico que brinda tratamiento o la persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas para brindar atención posparto.

Apoyo, suministros y asesoría durante la lactancia;

Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos sin costo para el Miembro cuando se reciben de parte de un Proveedor Participante:

- El Miembro debe tener una receta para obtener un extractor manual de leche, suministros y asesoramiento para demostrar que dio a luz.
    - El Miembro recibirá un (1) extractor manual de leche. Se permite un (1) reemplazo del extractor manual de leche el siguiente año y todos los años a partir de entonces. Se permite un juego de repuesto de suministros asociados durante la lactancia materna, junto con cada nacimiento, por Miembro Los suministros incluyen artículos como extractor de leche, tubos y paños.
- Si se considera Médicamente Necesario que el Miembro use un extractor de leche eléctrico, el beneficio del Equipo médico duradero del Miembro se aplicaría y podría incluir un costo compartido.
    - Los servicios de asesoría durante la lactancia están disponibles mientras dure la lactancia, junto con cada nacimiento.

Prueba de detección cuádruple

La prueba de detección cuádruple para mujeres embarazadas. La prueba detecta ciertas anormalidades genéticas en el feto. Esta prueba generalmente se realiza entre la decimosexta (16) y la vigésima (20) semana del embarazo.

Cobertura para hijos recién nacidos y adoptados

El Plan cubrirá Lesiones o Enfermedades de un niño recién nacido. El hijo puede ser propio o adoptado o estar en un estado de “colocación para adopción”. Esto incluye la circuncisión para hijos recién nacidos y la atención y tratamiento necesarios de defectos congénitos diagnosticados médicamente y anormalidades en el nacimiento. El transporte terrestre o aéreo al centro de atención médica terciaria disponible más cercano se cubre cuando es necesario para proteger la vida del bebé.

Suplementos nutricionales

Este beneficio de maternidad incluye la cobertura de los suplementos nutricionales Médicamente Necesarios que figuran en la *Lista de medicamentos* (según las indicaciones del profesional/Proveedor Participante que lo atiende).

Continuidad de la atención

Si un Proveedor/Profesional participante cancela su relación con el Plan, continuaremos reembolsando al Proveedor/profesional por brindar el tratamiento médicamente necesario a un Miembro con una "circunstancia especial". Una “circunstancia especial” significa una condición en la que el Proveedor o Profesional tratante, razonablemente considera que descontinuar la atención del Proveedor o Profesional puede causarle daño al Miembro (incluyendo, pero sin limitarse a: discapacidad, una condición aguda, una enfermedad mortal o embarazo).

El plan continuará cubriendo los Servicios Cubiertos hasta: (a) el día número 90 después de la fecha efectiva de terminación en la red de proveedores; (b) si el Miembro ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal al momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha efectiva de terminación; o (c) si la Miembro está en embarazo al momento de la terminación hasta el nacimiento del niño, atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

En el caso de que un miembro esté viendo a un médico o proveedor que esté a la espera de ser dado de baja del plan, CHRISTUS Health Plan le avisará al miembro.

Beneficios adicionales de atención médica para mujeres Atención médica para mastectomía

El Plan debe ofrecer cuarenta y ocho (48) horas de atención como paciente hospitalizado para una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención como paciente hospitalizado después de la disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno. El Plan también cubrirá los servicios relacionados con la mastectomía; incluyendo todas las etapas de reconstrucción mamaria y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y cualquier complicación derivada de una mastectomía, incluido el linfedema. Las solicitudes de reconstrucciones después de la reconstrucción postmastectomía inicial requieren Autorización previa, y un Director médico debe revisar la información clínica para determinar la Necesidad Médica. Las solicitudes que no son una reconstrucción inicial y cuya naturaleza es cosmética no corresponden a un beneficio cubierto.

Cobertura por osteoporosis

Los servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y manejo apropiado de la osteoporosis cuando sea Médicamente Necesario.

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR

CHRISTUS Health Plan es un afiliado de un sistema de atención médica católica, que se adhiere a las Directivas éticas y religiosas para los Servicios de atención médica católicos. En función de nuestras creencias religiosas, limitamos el desempeño de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen la esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier asesoramiento o referencia para tales servicios, cuando se realiza con fines de planificación familiar. Sin embargo, la ley federal designa a algunos de estos servicios como beneficios médicos esenciales cubiertos para mujeres con capacidad reproductiva; estos servicios cubiertos pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) (sin incluir medicamentos abortivos), como:
  - Métodos de barrera (utilizados durante las relaciones sexuales), como diafragmas y esponjas
  - Métodos hormonales, como píldoras anticonceptivas y anillos vaginales
  - Dispositivos implantados, como dispositivos intrauterinos (IUD, en inglés)
  - Anticoncepción de emergencia, como Plan B® y Ella®
  - Procedimientos de esterilización
  - Educación y asesoramiento al paciente
- Procedimientos de esterilización aprobados por la FDA
- Educación y asesoramiento al paciente

El aborto directo no es un beneficio cubierto. La terminación de un embarazo es un beneficio cubierto solo en las siguientes circunstancias: 1) como resultado del tratamiento de una afección patológica proporcionalmente grave de una mujer embarazada y 2) cuando la intervención no se puede posponer sin riesgo hasta que el feto sea viable.

EXCLUSIONES

Este Contrato solo cubre ciertos beneficios de atención médica Médicamente Necesarios. Esta Sección de EXCLUSIONES enumera los servicios que están específicamente excluidos de la cobertura bajo este Contrato. Todos los demás beneficios y servicios que no se enumeran específicamente en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato también son Servicios Excluidos.

Si no está seguro acerca de si un servicio o artículo está cubierto por este Contrato, comuníquese con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025 antes de que se proporcione el servicio o artículo.

Lo siguiente está específicamente excluidos de la cobertura:

- **Acupuntura**

- **Servicios de atención de emergencia y accidentes**
  - El uso de un centro de emergencia para servicios que no son de emergencia (que incluyen, entre otros, atención de urgencia u observación)

- **Autopsias y servicios de ambulancia**
  - Costos de autopsia para Miembros fallecidos.
  - Los servicios de ambulancia hacia el consultorio del médico forense o a una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes de que se haya declarado el fallecimiento por parte de una persona autorizada de conformidad con la ley estatal para hacer dichas declaraciones.

- **Cirugía bariátrica**

- **Antes o después del período de cobertura**
  - Los servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura bajo estas Pólizas o después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la cobertura.

- **Ensayos clínicos sobre el cáncer**
  - Cualquier Ensayo clínico contra el cáncer que se suministre fuera de Texas, así como aquellos que no cumplan con los requisitos de la sección de BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
  - Los costos de los ensayos clínicos sobre el cáncer que habitualmente pagan fuentes gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o del sector de dispositivos médicos.

- Servicios de Proveedores no Participantes, a menos que los servicios no estén disponibles a través de un Proveedor Participante. Se requiere una Autorización previa para cualquier servicio fuera de la red, el cual se debe proporcionar en Texas.
- Costos de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación no aprobado por la FDA.
- Costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico sobre el cáncer.
- Costos de las pruebas necesarias para la investigación del ensayo clínico sobre el cáncer.
- Costos pagados o no cobrados por los Proveedores de ensayos clínicos sobre el cáncer.

- **Beneficios de atención en un hospital certificado**
  - Alimentación, alojamiento y reparto de comidas.
  - Servicios de voluntarios.
  - Artículos personales o de confort.
  - Servicios de ama de casa o de tareas domésticas.
  - Enfermería privada (Excepto cuando sea médicamente necesario o autorizado por el PCP).
  - Asesoramiento por duelo.

- **Circuncisiones**
  - Practicadas en recién nacidos que no estén hospitalizados, a menos que sean médicamente necesarias.

- **Ropa o dispositivos de protección**
  - Ropa u otros dispositivos de protección, incluida la ropa fotoprotectora, el oscurecimiento del parabrisas, accesorios de iluminación u otros artículos o dispositivos, recetados o no.

- **Terapias complementarias**
  - Acupuntura, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Servicios quiroprácticos, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Biorretroalimentación, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Cirugía cosmética**
  - Terapia cosmética, fármacos o medicamentos, o procedimientos con el fin de cambiar su apariencia.
  - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga como objetivo principal alterar la apariencia y no se realice con el propósito de corregir trastornos funcionales derivados de una lesión, defectos congénitos o enfermedad.
  - La cirugía reconstructiva después de una mastectomía no se considera cirugía cosmética y estará cubierta.

- **Servicios dentales**
  - No hay cobertura de servicios dentales para adultos.

- **Equipo médico duradero**
  - Equipo médico duradero mejorado o de lujo
  - Artículos de conveniencia, que incluyen artículos para mayor comodidad y facilidad, y que no son principalmente de naturaleza médica, como asientos para la ducha, barras de sujeción para el baño, protectores de sol para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales y otros artículos.
  - Artículos duplicados de equipo médico duradero
  - Reparación o reemplazo de equipo médico duradero debido a la pérdida, negligencia, abuso, mal uso o para mejorar la apariencia o la comodidad.
  - Reparación o reemplazo de artículos bajo la garantía del fabricante o del proveedor.
  - Sillas de ruedas adicionales, si el Miembro tiene una silla de ruedas funcional.

- **Cargos en exceso**
  - Cargos o costos que excedan los Cargos usuales, habituales y razonables.

- **Equipos y servicios para hacer ejercicios**
  - Equipo de ejercicios, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas de reducción de peso.

- **Servicios, dispositivos, procedimientos, tratamientos, medicamentos, o fármacos experimentales, de investigación o sin autorización**

- **Terapia de ondas de choque extracorpóreas**

- **Cuidado del pie**
  - Cuidado de rutina del pie, como el tratamiento de pies planos u otras desalineaciones estructurales por la extracción de durezas o callos, a menos que sea Médicamente Necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.

- **Caída de cabello**
  - Tratamientos para la caída del cabello o la calvicie, medicamentos, suministros y dispositivos, independientemente de la causa médica de la caída de cabello o la calvicie.

- **Servicios de atención médica en el hogar**
  - Necesidades de cuidado de custodia que puede realizar el personal médico sin licencia para ayudarle con las actividades cotidianas.
  - Atención médica de relevo.

- **Servicios hospitalarios**
  - Rehabilitación como parte de la desintoxicación médica aguda.

- **Servicios por infertilidad**

- **Atención a largo plazo:**
  - No están cubiertos para adultos ni para niños.

- **Atención médica para hombres**
  - Cobertura de anticonceptivos
  - Servicios de planificación familiar
  - Procedimientos de esterilización

- **Salud mental y alcoholismo y Consumo de Sustancias**
  - Tratamiento de codependencia.
  - Asesoramiento sexual y por duelo.
  - Pruebas psicológicas cuando no sean médicamente necesarias.
  - Educación especial, exámenes o evaluaciones escolares, asesoramiento, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o conductuales.
  - Tratamiento en un hogar de transición.
  - Servicios por Consumo de Sustancias y alcohol (salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS).
    - Tratamiento en un hogar de transición.
    - Tratamiento de codependencia.
    - Asesoramiento sexual y por duelo.
    - Un tratamiento por orden de un tribunal, o un tratamiento que es una condición de libertad condicional o probatoria en lugar de una sentencia, a menos que se obtenga una Autorización previa.
    - Cualquier tratamiento para los servicios de Consumo de Sustancias y alcohol después de los episodios máximos de tratamiento permitidos bajo este Contrato.

- **Discapacidades por servicio militar**
  - Atención médica para discapacidades relacionadas con el servicio militar a la que usted tiene derecho legalmente y para la cual hay centros que se encuentren a su disposición razonablemente.

- **Suplementos y apoyo nutricional**
  - Alimentos para bebés (incluida la leche de fórmula o leche materna) u otros productos comestibles regulares que se puedan usar con el sistema enteral para la alimentación oral o por sonda.

- **Servicios fuera de la red no autorizados**
  - Los servicios recibidos fuera de la red que requieren Autorización previa, si no se obtuvo la Autorización previa.

- **Aparatos ortopédicos**
  - Órtesis funcional para el pie, incluidos los de fascitis plantar, pie plano, espolón del talón y otras Afecciones médicas, zapatos ortopédicos o correctivos, soportes para el arco, aparatos para zapatos, aparatos ortopédicos para el pie y soportes o tablillas personalizadas, salvo para los miembros con diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
  - Ortopedia personalizada para pies, excepto la órtesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO, inglés) y/o la órtesis de tobillo y pie (AFO, en inglés) para los Miembros que cumplan con los lineamientos reconocidos a nivel nacional.

- **Fármacos/Medicamentos con receta**
  - Nuevos medicamentos para los cuales aún no hemos establecido la determinación de los criterios de cobertura.
  - Medicamentos y fármacos sin receta (OTC, en inglés), salvo los incluidos en la *Lista de medicamentos*;
  - Medicamentos o fármacos con receta que requieren una Autorización previa si no se obtuvo Autorización previa.
  - Fármacos/medicamentos con receta comprados fuera de los Estados Unidos.
  - Reemplazo de fármacos/Medicamentos con receta como resultado de la pérdida, robo o destrucción de los mismos.
  - Fármacos/medicamentos con receta, medicamentos, tratamientos o dispositivos determinemos como experimentales, de investigación o sin autorización.
  - Suministros médicos desechables, excepto cuando se proporcionan en un hospital o en la clínica de un Proveedor Participante.
  - Tratamientos y medicamentos con el propósito de reducir o controlar el peso, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Suplementos nutricionales como los receta el Proveedor tratante o como única fuente de nutrición.
  - Fórmula infantil, bajo ninguna circunstancia.
  - Medicamentos o fármacos con receta para el tratamiento de la disfunción sexual o la infertilidad.
  - Fármacos/Medicamentos con receta para fines cosméticos.

- **Servicios del proveedor**
  - Servicios prestados por un Proveedor excluido.
  - Visitas telefónicas, salvo lo establecido en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Correo electrónico de un Proveedor o consulta telefónica por la cual se le hizo un cargo al paciente.
  - Primera visita de contacto sin evaluación física o diagnóstica ni intervención terapéutica.

- **Dispositivos prostéticos**

    - Ayudas artificiales que incluyen dispositivos de síntesis del habla, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Cirugía reconstructiva con fines cosméticos**
    - Cirugía cosmética (los ejemplos incluyen, el aumento de senos, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, cirugía para el acné, revisión de cicatriz asintomática, microflebectomía, escleroterapia (excepto para várices tronculares) y rinoplastia.

- **Rehabilitación y terapia**
    - Entrenadores atléticos o tratamientos por entrenadores atléticos.
    - Servicios de rehabilitación vocacional
    - Servicios de terapia o rehabilitación a largo plazo, incluido el tratamiento por afecciones crónicas o incurables para las cuales la rehabilitación produce un cambio o alivio mínimo o temporal. Si Usted ha alcanzado el máximo potencial de rehabilitación, un punto donde es poco probable que ocurra una mejoría significativa, o una terapia durante 4 meses consecutivos, la terapia adicional se considera como terapia o rehabilitación a largo plazo.
    - Tratamiento de Afecciones médicas crónicas (como distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral).

- **Servicios Cubiertos de conformidad con otro programa**
    - Servicios por los cuales usted o su dependiente cumplen con los requisitos de elegibilidad de conformidad con cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida que lo determine la ley.
    - Servicios por los cuales, en ausencia de un plan de servicios de salud, no se le cobraría a Usted ni a su dependiente.

- **Servicios prestados fuera de los Estados Unidos**
    - Cualquier servicio o material para Atención que no sea de emergencia o Atención no urgente recibida fuera de los Estados Unidos.

- **Disfunción sexual**
    - Tratamiento para la disfunción sexual, incluidos medicamentos, asesoramiento y clínicas.

- **Transformación sexual**
    - Cirugía y medicamentos relacionadas con la transformación sexual.

- **Centro de enfermería especializada**
  - Cuidado de custodia o domiciliario.

- **Abandono del hábito de fumar**
  - Hipnoterapia para el asesoramiento para dejar de fumar
  - Medicamentos de venta libre, a menos que figuren en la *Lista de medicamentos.*
  - Acupuntura con el fin de dejar de fumar.

- **Terapia del habla**
  - Terapia para la tartamudez.
  - Beneficios adicionales además de los enumerados en los BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Servicios de trasplante**
  - Costos de transporte para Miembros fallecidos.
  - Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante de órgano cuando el receptor del trasplante no sea un Miembro o el procedimiento de trasplante no sea un Beneficio Cubierto.
  - Viajes y alojamiento, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Tratamiento mientras esté encarcelado**
  - Los servicios o suministros que un Miembro recibe mientras se encuentren bajo custodia de cualquier autoridad policial estatal o federal, incluso mientras esté en la cárcel o prisión.

- **Atención de la vista**
  - Cuidado de rutina de la vista y refracciones de la vista, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Anteojos correctivos o gafas de sol, armazones, lentes, lentes de contacto o accesorios, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
  - Procedimientos de refracción de la vista, incluida la queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
  - Terapia de movimiento ocular.

- **Programas para perder peso**
  - No están cubiertos para adultos ni para niños.

- **Atención médica para mujeres**
  - Medicamentos abortivos.
  - Servicios de planificación familiar, salvo los especificados en la sección de AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR de este Contrato.

- **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**, bajo cualquier circunstancia.

RECLAMOS

Aviso de reclamos

Se nos debe dar un aviso por escrito de cualquier reclamo en un plazo de **20 días** después del suceso o del inicio de cualquier pérdida cubierta por el Plan, o tan pronto como sea razonablemente posible. El incumplimiento para dar aviso dentro del plazo de 20 días no invalidará o reducirá una reclamación, si el aviso de hace tan pronto como sea razonablemente posible.

El aviso que nos den a nosotros o a cualquier agente autorizado del Plan por o en nombre del miembro, con información suficiente para identificar al miembro, se debe considerar como aviso para nosotros.

Formularios de reclamo

Usted puede llamarnos o escribirnos para notificarnos de un reclamo. Al recibir el aviso de su parte, le proporcionaremos a Usted o al Miembro que es titular de este Contrato, los formularios necesarios para presentar evidencia de la pérdida (una "reclamación"). Los formularios serán enviados dentro de los 15 días después de haber recibido el aviso por parte suya. También puede acceder a nuestro sitio web ingresando a, www.christushealthplan.org, para obtener un formulario de reclamación.

Envío del reclamo

Nos deben suministrar los reclamos por escrito dentro de los 365 días siguientes a la fecha del servicio. Sin embargo, en caso de un reclamo por pérdida para el cual nosotros proporcionemos algún pago periódico que dependa de una pérdida continua, este reclamo puede ser suministrado dentro de un plazo de 365 días después de la terminación de cada período por el cual seamos responsables. No enviar un reclamo dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún beneficio si no es razonablemente posible enviar un reclamo dentro del plazo de 365 días, siempre que:

1) no fue razonablemente posible enviar la evidencia en ese lapso de tiempo; y
2) la evidencia se proporcione dentro del lapso de un año contando desde la fecha en que de otra manera fue requerida dicha evidencia de la pérdida. Este límite de un año no se aplicará si existe incapacidad legal.

Pago de reclamos

Los beneficios pagaderos bajo este Contrato se pagarán inmediatamente después de la recepción de la Reclamación limpia, a menos que el Contrato estipule un pago periódico. En donde el

Contrato contemple pagos periódicos, los beneficios se acumularán y pagarán mensualmente, sujetos al envío de la reclamación limpia.

Un reclamo será considerado "limpio" si contiene toda la información que solicitemos para procesar el pago, de acuerdo con los beneficios, sin información adicional. Por ejemplo, un reclamo será considerado "limpio" si está incompleto, le hace falta documentos del expediente médico, es sospechoso, aparenta ser falso o sugiere que un proveedor lleve a cabo una práctica inapropiada.

Los reclamos enviados por los servicios recibidos por un miembro que falleció serán pagaderos de acuerdo con la designación de beneficiarios y las disposiciones relacionadas con dichos pagos. Si no se proporciona tal designación o disposición, los reclamos serán pagados a los herederos del miembro. Cualquier otro reclamo que no se haya pagado al momento en que el Miembro fallezca puede, a nuestra discreción, pagársele al beneficiario. Todos los demás reclamos serán pagaderos al Miembro o al Proveedor, a nuestra discreción.

Reclamos y pagos de emergencias fuera de la red

Si Usted recibió servicios de atención de emergencia de Proveedores no Participantes, Usted es responsable de enviar una reclamación. El reclamo debe contener un informe detallado del tratamiento, los gastos y el diagnóstico. Debe enviarnos el reclamo o informe detallados tan pronto como sea posible, a la siguiente dirección:

CHRISTUS Health Plan
Atención: Claims Department
919 Hidden Ridge
Irving, Texas 75038

Fraude y abuso

Cualquier persona que presente intencionalmente una reclamación de pago falsa o fraudulenta, es culpable de un crimen y estará sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

En caso de cualquier tipo de actividad fraudulenta, suya o de los Miembros cubiertos por este Contrato, es posible que terminemos la cobertura.

Subrogación

Esta sección se aplicará cuando otra parte sea, o se le pueda considerar responsable por una lesión, enfermedad u otra Afección médica de un miembro. Esto incluye a las compañías de seguro que son responsables financieramente; a las liquidaciones o asignaciones relacionadas con la lesión, enfermedad u otra afección médica del miembro; a las demandas por negligencia médica; y a otras fuentes de responsabilidad diferentes a este Contrato.

Estamos subrogados a todos los derechos del miembro contra cualquier parte responsable de la lesión o enfermedad del miembro; o que sea o pueda ser responsable por el pago del tratamiento médico de dicha lesión o enfermedad ocupacional (incluida cualquier compañía de seguros), en la medida en que nosotros hayamos pagado el valor de los beneficios médicos. Podemos reclamar este derecho sin el consentimiento del Miembro.

Este derecho incluye, pero no se limita a, los derechos del Miembro bajo cobertura de motorista no asegurado o subasegurado; cualquier seguro sin culpa; cobertura de pago médico (automóvil, propietarios de vivienda o de otra manera); cobertura de Compensación a los Trabajadores; u otro seguro, así como los derechos del Miembro de conformidad con el Plan para emprender una acción para aclarar sus derechos bajo ese seguro.

No estamos obligados de ninguna manera a ejercer este derecho de manera independiente o en nombre del miembro, pero podemos elegir ejercer nuestros derechos para hacer un reembolso a nuestra total discreción.

El Miembro está obligado a cooperar con nosotros y con sus agentes a fin de proteger nuestros derechos de subrogación. La cooperación con nosotros significa que usted:

- nos proporcionará cualquier información relevante solicitada;
- firmará y enviará dichos documentos como se lo solicitemos razonablemente para garantizar el reclamo de subrogación;
- obtendrá nuestro consentimiento del Plan o sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad del pago de los gastos médicos.

Si el Miembro inicia un litigio o negociaciones de liquidaciones respecto a las obligaciones de otras partes, el Miembro no debe perjudicar nuestros derechos de subrogación. Si un Miembro no obtiene un consentimiento previo por escrito de nuestra parte y acepta una liquidación o libera a cualquier parte de la responsabilidad del pago de los gastos médicos, o de otra manera no coopera con esta disposición, incluida la ejecución de cualquier documento que aquí se requiera, al Miembro se le pedirá que vuelva a pagar a CHP el valor de cualquier beneficio que hayamos pagado nosotros.

Si usted tiene un accidente y otra persona o entidad puede ser responsable legalmente por usted, informe inmediatamente a los Servicios de subrogación del Plan en:

CHRISTUS Health Plan
Attn: COB, Subrogation and Recovery Department
PO Box 169001
Irving, Texas 75016-9001

Se debe suministrar una evidencia por escrito en la oficina de la compañía de seguros en caso de un reclamo por pérdida para la que este contrato proporcione algún pago periódico que dependa de la pérdida continua en un plazo de noventa días después de la terminación del período para el cual la compañía de seguros sea responsable y, en caso de un reclamo por cualquier otra pérdida, en un plazo de noventa días después de la fecha de dicha pérdida. No enviar dicha evidencia dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá cualquier reclamo si no fue razonablemente posible proporcionar

la evidencia dentro de dicho plazo, siempre que dicha evidencia se suministre tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo si existe incapacidad legal, después de un año a partir del momento en que la evidencia sea requerida de otra manera.

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de este contrato por cualquier pérdida que no sea una pérdida para la que este contrato proporcione algún pago periódico se pagarán inmediatamente al momento de recibir la debida evidencia por escrito de dicha pérdida. Sujetas a la debida evidencia por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las que este contrato proporcionó un pago periódico se pagarán mensualmente y cualquier saldo restante al momento de la terminación de la responsabilidad se pagará inmediatamente cuando se reciba la debida evidencia por escrito.

El Plan puede proceder a la recuperación contra la cobertura de motorista no asegurado o subasegurado o la cobertura de pagos médicos solo si la persona cubierta o su familia inmediata no pago las primas de la cobertura.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

Esta sección del contrato aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan de salud. El "Plan de salud" se define más adelante.
Las disposiciones en esta sección rigen el orden en el cual cada plan de salud, incluyendo a este Plan, pagará una reclamación de beneficios. Al orden del proceso se le llama «COB».
El plan de salud que paga primero se conoce como el plan primario. El plan primario tiene que pagar los beneficios conforme a los términos de su contrato sin importar la posibilidad de que otro plan de salud pueda cubrir algunos gastos.
El plan de salud que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los planes que sean iguales al 100% del gasto total permitido.

Definiciones:

(a) Un plan de salud es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para un tratamiento o atención médica o dental. Si se usan contratos separados para proporcionar salud coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan de salud y no hay coordinación entre esos contratos por separado.

(1) El plan de salud incluye:

- pólizas grupales, de cobertura total, o franquicias de pólizas de seguros de accidentes y salud, excluyendo cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
- evidencia de cobertura por la de Organización para el mantenimiento de la salud individual y grupal;
- planes de beneficios con proveedores preferidos individuales y grupales;
- contratos de seguro grupales, individuales y de asegurado principal que pagan reembolsos por el costo de atención dental;
- componentes de atención médica de contratos de atención de largo plazo, grupales e individuales.
- cobertura de beneficios limitados que no fue emitida para complementar pólizas vigentes individuales o grupales;
- planes de cobertura grupal o de ese tipo, que no están asegurados;
- cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóvil;
- Medicare o cualquier otro plan del gobierno, según lo permita la ley.

(2) El plan de salud no incluye:

- cobertura de protección de ingresos en caso de discapacidad;
- Fondo de Seguros de Salud de Texas;
- cobertura de seguro de compensación para trabajadores;

- cobertura de indemnización por confinamiento en un hospital u otras coberturas de indemnización fija; cobertura por enfermedad específica;
- cobertura de beneficios complementarios;
- cobertura solo de accidentes;
- cobertura de accidente específico;
- cobertura de accidentes escolares que cubren a estudiantes solamente por accidentes, incluyendo lesiones atléticas, con una base de "24-horas" o de "hacia y de la escuela"
- beneficios proporcionados en los contratos de seguro de atención de largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo: atención personal, cuidado diurno para adultos, servicios domésticos, asistencia con actividades cotidianas, atención médica de relevo, y atención durante la convalecencia o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin importar los gastos en los que se incurra o los servicios que se reciban;
- pólizas complementarias de Medicare;
- un plan estatal cubierto por Medicaid;
- un plan gubernamental que, por ley, brinda beneficios que exceden los brindados por planes de seguro privados u otros planes no gubernamentales; o
- Un contrato de seguro individual de salud y por accidente que está diseñado para integrarse completamente con otras pólizas por medio de un deducible variable.
- Cada contrato de una cobertura bajo los puntos (a)(1) o (a)(2) es un plan de salud separado. Si un plan de salud tiene dos partes y las reglas de COB aplican solamente a uno de los dos, cada una de las partes se trata como un plan de salud por separado.

(b) "Este Plan" significa, en esta sección, la parte del Contrato que proporciona los beneficios médicos a la cual aplica la sección y la cual se puede reducir debido a los beneficios de otros planes de salud. Cualquier otra parte del Contrato que proporcione los beneficios médicos es separada de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, tales como los beneficios dentales, coordinando únicamente con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

Las "**Reglas para definir el Orden de los Beneficios**" determinan si este Plan es un plan primario o secundario cuando el Miembro tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este Plan es el primario, determinan el pago por sus beneficios antes que los de cualquier otro plan de salud sin considerar los beneficios de cualquier otro plan de salud. Cuando este Plan es el secundario, determinan sus beneficios después de los de otro plan de salud y puede reducir los beneficios que paga, de manera que los beneficios del plan de salud sean iguales al 100% del gasto total permitido.

(c) "Gasto permitido" es un gasto de atención médica, incluyendo los deducibles, coseguro y copagos que están cubiertos al menos en parte por cualquier plan que cubra a al Miembro. Cuando un plan de salud proporciona beneficios en forma de servicios, como este Plan, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto no permitido es aquel que no es cubierto por ningún plan que cubra al Miembro. Además, cualquier gasto que un proveedor de atención médica tenga prohibido cobrarle a un asegurado por ley o de conformidad con un acuerdo contractual no es un gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

(1) La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada en el hospital y una habitación privada en el hospital no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes de salud proporcione cobertura para los gastos de habitaciones privadas en el hospital.

(2) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud que no tienen tarifas negociadas y calculan sus pagos de beneficios con base en las tarifas regulares y acostumbradas o la metodología de reembolso del u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que exceda el monto de reembolso más alto por un beneficio específico no es un gasto permitido.

(3) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud que brindan beneficios o servicios con base en tarifas negociadas, un monto que exceda la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.

(4) Si un Miembro está cubierto por el plan de salud que no tiene tarifas negociadas y calcula sus beneficios o servicios con base en las tarifas regulares y acostumbradas, los montos permitidos, la metodología de reembolso u otra metodología de reembolso similar, y otro plan de salud que brinde beneficios o servicios en base a tarifas negociadas, la negociación del pago del primer plan debe ser un gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor de atención médica o el médico tiene un contrato con el plan secundario para proveer el beneficio o servicio a una tarifa negociada específica o el monto del pago es diferente que la negociación del pago del plan primario y si el contrato del proveedor de atención médica o el médico lo permite, la tarifa negociada o pago debe ser un gasto permitido utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.

(5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario debido a que el Miembro no cumplió con las disposiciones del plan primario no es un gasto permitido. Ejemplos de estos tipos de disposiciones incluyen segundas opiniones para cirugías, las autorizaciones previas para las admisiones y negociaciones con proveedores de atención médica y médicos preferidos.

(d) "Monto permitido" es el monto de un cargo facturado que un plan de salud determina que será cubierto por los servicios brindados por un proveedor de atención médica o un médico. El monto permitido incluye tanto pagos de planes de salud como cualquier monto por deducible, copago o coseguro aplicable, y por el cual el Miembro es responsable.

(e) Un "plan de panel cerrado" es un plan de salud que proporciona beneficios médicos a los asegurados principalmente en forma de servicios por medio de un panel de proveedores de atención médica o médicos que tienen contrato o que están empleados por el plan, y que excluye la cobertura por los servicios que proporcionan otros proveedores de atención médica o médicos, salvo en casos de emergencia o una orden médica de un Miembro del panel.

(f) Un "padre con custodia" es el padre con el derecho de designar una residencia primaria a su hijo, por orden de una corte, bajo el Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, en ausencia de una orden de la corte, es el padre con quien vive el niño más de la mitad del año calendario, incluyendo las visitas temporales.

Reglas para definir el Orden de los Beneficios

Cuando un Miembro está cubierto por dos o más Planes de salud, las reglas para determinar el orden del pago de los beneficios son las siguientes:

(a) El plan primario paga o proporciona sus beneficios conforme a sus términos de cobertura y sin tomar en consideración los beneficios de cualquier otro plan de salud.

(b) Salvo por lo que se contempla en el Párrafo (c), un plan de salud que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con este Contrato siempre es el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que cumple es el primario.

(c) La cobertura que se obtiene cuando pertenecer a un grupo que está diseñado para complementar una parte de un conjunto básico de beneficios y contempla que esta cobertura complementaria será en exceso de cualquier otra parte del plan de salud que proporciona el titular del contrato. Los ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y coberturas de tipo seguro que se redactan en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

(d) Un plan de salud puede considerar los beneficios que pagó o proporcionó otro plan de salud al calcular el pago de sus beneficios solamente cuando es secundario a ese otro plan de salud.

(e) Si el Plan Primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario pagará o proporcionará beneficios como si fuera el Plan Primario cuando la persona cubierta use un proveedor de atención médica o un médico no contratado, excepto por los servicios de emergencia o referencias autorizadas que se pagan o se proporcionan por el Plan Primario.

(f) Cuando los contratos múltiples que brindan cobertura coordinada se tratan como un único plan en esta sección, esta sección aplica solo al plan de salud en su totalidad, y la coordinación entre los contratos de componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una compañía aseguradora paga o proporciona beneficios bajo el plan de salud, la compañía aseguradora designada como primaria dentro del plan de salud debe responsabilizarse por el cumplimiento del plan de salud de este subcapítulo.

(g) Si una persona asegurada está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de determinación del orden de beneficios en esta disposición decidirán el orden en el cual se determinarán los beneficios de los planes secundarios entre sí. Cada plan secundario tendrá en cuenta los beneficios del plan o los planes primarios y los beneficios de cualquier otro Plan cuyos beneficios se determinen antes que los de ese plan secundario.

(h) Cada plan de salud determina el orden de sus beneficios usando la primera de las siguientes reglas que aplican:

1. Dependientes o no dependientes. El plan que cubre a un Miembro de otra forma que no sea como dependiente, por ejemplo, como empleado, Miembro, titular del contrato, suscriptor o jubilado es el plan primario y el plan de salud que cubre al Miembro como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el Miembro es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan de salud que cubre al Miembro como dependiente; y primario al plan que cubre al Miembro de otra forma que no sea como dependiente; entonces el orden de los beneficios entre los dos planes de salud se revierte de manera que el plan que cubre al Miembro como empleado, Miembro, titular del contrato, suscriptor o jubilado sea el plan secundario y el otro sea el plan primario. Un ejemplo que incluye a un empleado retirado.
2. Hijos Dependientes cubiertos bajo más de un plan de salud. A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes de salud que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que se aplican:

   A. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez: (A) el plan del padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año calendario es el plan primario o (B) si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan de salud que cubrió al padre durante más tiempo es el plan primario.

   B. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez:

      i. si una orden judicial indica que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del hijo dependiente o la cobertura de atención médica y el plan de salud de ese padre tiene conocimiento de esos términos, ese plan de salud es el primario para los años del plan empezando después de que el plan de salud reciba el aviso del decreto de la corte;
      ii. si una orden judicial indica que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del hijo dependiente o de la cobertura de la atención médica, las disposiciones del punto (h)(2)(A) determinarán el orden de los beneficios;

iii. si una orden judicial indica que los padres tienen la custodia conjunta sin especificar que uno de los padres tiene responsabilidad por la cobertura de atención médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del punto (h)(2)(A) determinarán el orden de los beneficios;

iv. si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad de la cobertura de la atención médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente: (I) el plan del padre que tiene la custodia del hijo, (II) el plan del cónyuge del padre que tiene la custodia del hijo, (III) el plan del padre que no tiene la custodia del hijo; (IV) el plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia del hijo.

C. Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un plan de salud de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará de acuerdo con las disposiciones (h)(2)(A) o (h)(2)(B) de arriba, como si esas personas fueran los padres del niño.

D. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos planes de salud de sus padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan de salud del cónyuge, se aplica (h)(5).

E. En caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan de salud del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo uno o ambos planes de salud de los padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) al padre(s) del niño dependiente y al cónyuge del dependiente.

3 Empleado activo o jubilado, o empleado despedido sin causa. El plan de salud principal será el que cubra a una persona como empleado activo, eso quiere decir, un empleado que no ha sido despedido sin causa ni está jubilado. El plan de salud secundario será el que cubra a esa misma persona como un empleado jubilado o despedido sin causa. Lo mismo aplicaría en el caso de una persona que es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido sin causa. Si el plan de salud que cubre a la misma persona como empleado despedido o jubilado o como dependiente de un empleado despedido o jubilado no tiene esta regla, y, por consiguiente, los planes de salud no coinciden con respecto al orden de beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no aplica si la regla (h)(1) a puede determinar el orden de los beneficios.

4 Continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) o estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona según COBRA o bajo un derecho de continuación contemplado por la ley estatal o federal, está cubierta bajo otro plan de salud, el plan de salud principal será el que cubra a la persona como empleado, Miembro, suscriptor o jubilado o que cubra a la persona como dependiente de un empleado, Miembro, suscriptor o jubilado, y la cobertura de COBRA o una continuidad de la cobertura según la ley estatal o federal, será el plan

secundario. Si el otro plan de salud no tiene esta regla, y como resultado, los planes de salud no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla no aplica. Esta regla no aplica si la regla (h)(1) a puede determinar el orden de los beneficios.

5. Duración más larga o más corta de la Cobertura. El plan de salud que cubrió a la persona como empleado, Miembro, titular del contrato, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan primario y el plan que cubrió a la persona por menos tiempo es el plan secundario.

6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se deberán compartir equitativamente entre los planes que cumplan con la definición de plan de salud. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

Efecto sobre los Beneficios de este Plan

(a) Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes de salud no sean más que el total de gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado si no existiera otra cobertura de atención médica y aplicará dicho monto calculado a cualquier gasto permitido conforme a su plan de salud que no sea pagado por el plan primario. El plan secundario puede entonces reducir su pago por esa cantidad, de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes de salud por la reclamación igual al 100% del gasto permitido total por esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar al deducible de su plan cualquier monto que habría acreditado a su deducible ante la ausencia de otra cobertura de atención médica.

(b) Si un asegurado está inscrito en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluyendo la provisión del servicio por parte de un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, no debe aplicar el COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

Cumplimiento con las Leyes Federales y Estatales relacionadas con la Información Confidencial

Cierta información acerca de los servicios y la cobertura de atención médica es necesaria para aplicar estas reglas de Coordinación de los Beneficios y para determinar los beneficios pagaderos mediante este Plan y otros planes de salud.

HMS, el contratista de COB del Plan, cumplirá con la ley federal y estatal sobre información confidencial con el propósito de aplicar las reglas en esta sección y determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes de salud que cubren a la persona que reclama los beneficios.

Cada Miembro que reclame beneficios bajo este plan debe darle a HMS todos los datos que necesita para aplicar estas reglas y determinar los beneficios.

Facilidad de pago

Un pago realizado bajo otro plan de salud puede incluir una cantidad que debería haberse pagado bajo este Plan.

Si lo hace, HMS puede pagar esa cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad entonces será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. HMS no tendrá que pagar esa cantidad de nuevo. El término "pago realizado" incluye la provisión de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

Derecho de recuperación

Si la cantidad de los pagos realizados por HMS es mayor a lo que debería haber pagado de acuerdo con esta disposición de la COB, puede recuperar el excedente de una o más de las personas a las que haya hecho los pagos o por quien haya realizado los pagos, o cualquier otra persona u organización que pueda tener una obligación con respecto a los beneficios o servicios provistos para la persona cubierta. La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación que hagamos que deniegue el pago de su reclamación o su solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento de atención médica. Tiene derecho a lo siguiente:

- apelar una Determinación adversa nuestra;
- a la Revisión externa y/o
- a presentar una queja.

Contamos con un departamento que se ocupa de las Apelaciones y las Quejas. Si no está de acuerdo con Nuestra decisión, puede solicitar una revisión presentando una Apelación o Queja. Nunca tomaremos represalias de ninguna manera contra un Miembro por presentar una Apelación o Queja.

Confidencialidad

CHRISTUS Health Plan, el Comisionado, funcionarios independientes de audiencia conjunta y todos los demás que adquieran acceso a registros médicos identificables e información de los miembros al revisar las Quejas deberán tratar y mantener dichos registros e información como confidenciales, excepto cuando las leyes federales y de Texas especifiquen lo contrario

Tenemos procedimientos para garantizar el que a los registros médicos identificables y la información presentada como parte de cualquier Queja se les dé un tratamiento confidencial y se mantengan como tales.

Quién puede ayudarlo

Servicio al Miembro puede ayudarlo. Si tiene una inquietud acerca de una persona, un servicio, la calidad de Su atención o sus beneficios, puede comunicarse al número de llamada gratuita de Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Servicio al Miembro hará todo lo posible para resolver su Queja o inquietud la primera vez que nos la presente. Si el representante de Servicio al Miembro no puede resolver su Queja o inquietud, puede presentar una apelación o queja en un plazo de 180 días después de recibir su EOB o Determinación adversa.

Apelación de una Determinación adversa (tratamiento o servicio) Si consideramos que el Servicio de atención médica solicitado no está cubierto por el plan de beneficios de salud, no abordaremos la cuestión de la necesidad médica. Si determinamos que los Servicios de atención médica provistos o propuestos para ser provistos no son Médicamente Necesarios o apropiados, o son experimentales o de investigación, le notificaremos nuestra determinación a Usted, a una persona que actúa en su nombre y a su Proveedor del expediente, incluido el proveedor que

proporcionó el Servicio de atención médica, al igual que su derecho a apelar la determinación adversa y el proceso para presentar esa apelación. Siempre enviaremos por correo o de alguna otra manera un aviso de Nuestra revisión dentro del segundo día laboral de la solicitud de Revisión de utilización y recibiremos toda la información necesaria para completar la revisión.

Una Determinación adversa es una determinación nuestra de que los servicios de atención médica provistos o propuestos para ser provistos no son médicamente necesarios o apropiados o son experimentales o de investigación. Esto no significa el rechazo de la prestación de los servicios de atención médica por incumplir con la solicitud de una verificación de uso simultáneo o prospectivo.

Le notificaremos a Usted, a una persona que actúa en su nombre y a su Proveedor del expediente nuestra determinación por teléfono o transmisión electrónica dentro del período de tiempo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los Servicios de atención médica y su afección, pero en ningún caso excederá una hora después del momento cuando se denegó la posestabilización posterior a un tratamiento de emergencia que haya sido solicitado por un profesional de atención médica tratante u otro Proveedor, o si Usted está hospitalizado, en el plazo de un día laborable. Si se deniega el Servicio de atención médica en base a la Necesidad médica o debido a que es experimental o de investigación, Usted tiene derecho a solicitar una revisión externa por parte de MAXIMUS Federal Services. Si tiene una Afección que amenaza su vida, tiene derecho a una Apelación inmediata ante MAXIMUS Federal Services y no está obligado a cumplir con Nuestros procedimientos para una revisión interna.

Le proporcionaremos un Aviso de una Determinación adversa para una Revisión concurrente de utilización para la provisión de medicamentos o infusiones intravenosas por los cuales Usted recibe beneficios de salud a más tardar el día 30 antes de la fecha en que se suspenderá el medicamento recetado o las infusiones intravenosas.

Usted, un individuo que actúa en su nombre o su Proveedor del expediente pueden apelar la Determinación adversa y pueden solicitar una apelación acelerada para denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención para afecciones potencialmente mortales y denegaciones de estadía continua en el hospital. La revisión acelerada será revisada por un proveedor de atención médica que no haya revisado el caso antes y que tenga la misma especialidad o una similar que la del proveedor que usualmente trata la afección médica, procedimiento o tratamiento.

Su Apelación acelerada se completará en base a la urgencia de Su Afección, procedimiento o tratamiento, pero en ningún caso excederá un día laboral desde la fecha en que se recibió toda la información necesaria para completar la apelación.

Nuestra determinación en una apelación acelerada puede brindarse por teléfono o por transmisión electrónica en un día hábil, pero le seguirá una carta en un plazo de 72 horas posteriores a la notificación telefónica o electrónica inicial del plan. Le emitiremos un aviso de Nuestra determinación a través de un contacto telefónico directo a la persona que realiza la solicitud en un plazo de 72 horas para una Apelación relacionada con una lesión cerebral adquirida.

Si recibimos una solicitud de revisión interna estándar para antes o después del servicio, enviaremos a la parte apelante en un plazo de cinco (5) días laborales a partir de la recepción de la Apelación una carta en la que confirmamos la fecha en que recibimos la Apelación. Nuestra carta incluirá una lista de documentos relevantes que la parte apelante debe enviarnos, y si la apelación se recibió verbalmente, la parte apelante debe completar un formulario de apelación de una página. Nuestra carta también incluirá los procedimientos de apelación y los plazos requeridos para la resolución.

En los casos en que la Necesidad Médica o la competencia o la naturaleza experimental o de investigación de los Servicios de Atención Médica se cuestionan antes de la emisión de una Determinación Adversa, ofreceremos al Proveedor del expediente una oportunidad razonable para analizar su plan de tratamiento con un médico. Esta discusión incluirá, como mínimo, la base clínica de Nuestra decisión.

Una vez revisada la apelación, le enviaremos una carta de respuesta a Usted, una persona que actúa en su nombre y el Proveedor del expediente, explicando la resolución de la apelación tan pronto como sea posible, en ningún caso después de los 30 días calendario de recibir la apelación. Si la apelación es para atención de emergencia o la denegación de una estadía continua en el Hospital, el plazo para la resolución se completará según la urgencia de su Afección, el procedimiento o tratamiento, pero no podrá exceder 72 horas a partir de la fecha en la que CHRISTUS Health recibe la solicitud.

Nuestra carta de respuesta contendrá una declaración de los motivos médicos, dentales o contractuales específicos para la resolución, la base clínica para la decisión, una descripción o la fuente de los criterios de revisión usados como pautas para tomar la determinación adversa, la especialidad profesional del médico u otro proveedor de atención médica que toma la determinación adversa, el aviso del derecho de la parte apelante a solicitar la revisión de la Determinación adversa por parte de MAXIMUS Federal Services, el aviso del proceso de revisión externa, una copia de la solicitud de revisión externa por parte de MAXIMUS Federal Services y los procedimientos para presentar una queja.

Si se deniega la Apelación de una Determinación adversa y, en un plazo de diez (10) días laborales posteriores a la denegación, la denegación de la Apelación será revisada por un Proveedor Participante de la misma especialidad o una similar que suele manejar la afección médica, dental o de especialidad, el procedimiento o el tratamiento en discusión para la revisión de la Determinación adversa. Esta revisión especializada se completará dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud.

Revisión externa por parte de MAXIMUS Federal Services

Usted, una persona que actúe en su nombre, o Su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de nuestra decisión de apelación a MAXIMUS Federal Services. No tiene que agotar nuestro proceso de Apelación antes de solicitar una revisión externa si no se cumplen los plazos del proceso de Apelación o si tiene una situación de atención urgente. Nuestro aviso de

determinación de una apelación incluirá un formulario para realizar la solicitud de revisión externa a MAXIMUS Federal Services. MAXIMUS Federal Services está obligado a emitir una decisión de atención urgente a nosotros y a Usted en no más de 72 horas de haber recibido la solicitud de revisión externa y en no más de 45 horas de la solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para Usted.

Revisión retrospectiva de la utilización

Si se lleva a cabo una Revisión retrospectiva de la utilización y resulta en una Determinación adversa, le notificaremos a Usted y a su Proveedor de la Determinación adversa dentro de un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que se recibió la reclamación.

El período de treinta (30) días puede extenderse por otros quince (15) días si determinamos que se necesita una extensión debido a asuntos más allá de nuestro control, y a Usted y a su Proveedor se les notifica la extensión con la fecha de determinación esperada dentro de los treinta (30) días después de recibida la reclamación.

Si se necesita una extensión porque Usted o su proveedor no envió la información necesaria para llegar a una determinación sobre la solicitud, el aviso describirá específicamente la información requerida necesaria para tomar la determinación y le dará a Usted y a su proveedor al menos cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de recepción del aviso de extensión para proporcionar la información especificada.

Proceso de queja

Si Usted nos notifica una queja de forma oral o escrita, le enviaremos, a más tardar el quinto día laboral después de la fecha de recepción de la queja, una carta en la que confirmaremos la fecha en que recibimos la queja. Si su Queja se recibió de forma verbal, adjuntaremos un formulario de Queja de una página con una carta de acuse de recibo de la queja. No tiene que devolver el formulario de reclamo, pero le pedimos que lo envíe de vuelta porque el formulario nos ayudará a resolver su Queja. Resolveremos su Queja a más tardar el trigésimo (30º) día calendario después de la fecha en que recibimos su Queja por escrito u oral. Si su Queja se trata de una emergencia o a la negativa de continuar la hospitalización, Investigaremos y resolveremos su Queja de acuerdo con la inmediatez de su Afección, pero en ningún caso más tarde que un día hábil después de que recibamos su Queja. Una vez revisada su Queja, le enviaremos una carta de respuesta en la que:

- se explique la resolución de la queja,
- se establezcan los motivos médicos o contractuales específicos para la resolución,
- se establezca la especialización de cualquier médico o proveedor consultado, y
- contenga una descripción completa del proceso para apelar la decisión, junto con los plazos para el proceso de apelación y los plazos para la decisión final sobre la apelación.

Apelaciones de una Queja

Si su queja no se resuelve a su satisfacción, tiene derecho a comparecer ya sea en persona ante un panel de apelación de quejas en un lugar en el que normalmente recibe servicios de atención médica u otro lugar que le parezca conveniente, o a presentar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Completaremos el proceso de apelación de la queja a más tardar el trigésimo (30º) día calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de apelación. Si su apelación de una queja se relaciona con una emergencia en curso o la denegación de estadía continua en el hospital, la resolución debe concluirse de acuerdo con la urgencia de su caso y, como máximo, un día laboral después de la recepción de su solicitud de apelación.

Composición del panel de apelación de quejas

Se nombrará a los miembros del panel de apelación de quejas, el cual nos asesorará respecto a la resolución de la disputa. El panel de apelación estará compuesto por un número igual del personal del Plan, médicos u otros Proveedores y miembros inscritos del Plan. Un miembro de un panel de apelación de quejas podría no haber estado involucrado anteriormente en la decisión impugnada. Los médicos u otros Proveedores que integren un panel de apelación de quejas tendrán experiencia en el campo de atención que está en disputa y deberán ser independientes de los Médicos o Proveedores que tomaron la determinación anterior.

Si está en diputa un servicio de especialidad, el panel de apelación de quejas incluirá a una persona que sea especialista en el campo de atención que compete al panel. Los miembros inscritos que forman un panel de apelación de quejas no serán empleados del Plan.

Le proporcionaremos a Usted o a su representante designado en un plazo de los cinco (5) días laborales toda la documentación a presentar al panel a través de Nuestro personal, la especialización de cualquier Médico o Proveedor consultados durante la investigación y el nombre y la afiliación de cada uno de los representantes del Plan en el panel de apelación de quejas. Usted o su representante designado tiene derecho a:

- comparecer ante el panel de apelación de quejas,
- presentar un testimonio experto alternativo y
- solicitar la presencia y cuestionar a cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que produjo la apelación

El aviso de nuestra decisión final de una Apelación debe incluir una declaración de la determinación médica específica, el fundamento clínico y los criterios contractuales usados para tomar la decisión final, junto con el número de teléfono gratuito y la dirección de TDI.

Mantendremos un registro de Quejas y Apelaciones para cada Queja. Usted tiene derecho a una copia del registro de su Queja y cualquier procedimiento relacionado con esa Queja. Si decidimos a favor de pagar los Servicios de atención médica, haremos el pago dentro de los 45 días posteriores al día de la decisión final.

Presentación de Quejas al Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, incluidas personas que han intentado resolver quejas a través de nuestro proceso del sistema de quejas y que estén insatisfechas con la resolución, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas llamando sin costo al 1-866-566-8989. Si quisiera presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Department of Insurance (TDI)
P.O. Box 149104
Austin, Texas 78714-9104

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a:

www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html

El Comisionado investigará una queja contra nosotros para determinar el cumplimiento de las normas dentro de los sesenta (60) días a partir de que el Departamento de Seguros de Texas recibe la Queja y toda la información necesaria para determinar el cumplimiento. El Comisionado podría prolongar el tiempo necesario para completar una investigación en caso de que se produzca cualquiera de las siguientes circunstancias:

- se necesita información adicional;
- es necesaria una revisión en el sitio;
- Nosotros, el Médico o Proveedor o Usted no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
- se producen otras circunstancias ajenas al control del Departamento de Seguros de Texas.

Agotamiento de recursos

Usted debe completar los niveles de Nuestro proceso para quejas y apelaciones aplicables a Usted y cualquier proceso de revisión regulatoria/estatutaria disponible bajo las leyes estatales o federales antes de presentar una acción legal. La finalización de estos procesos administrativos y regulatorios garantiza que tanto Usted como Nosotros tengamos una oportunidad plena y justa para resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones contenidos en este Contrato.

Si se requiere el agotamiento de las apelaciones internas antes de la revisión externa, tal agotamiento no debe exigirse y el proceso de apelaciones internas se considerará agotado si:

- Renunciamos al requisito de agotamiento.
- Se considera que hemos agotado el proceso de apelaciones internas al no cumplir con los requisitos de este proceso, o
- Usted solicita una apelación interna acelerada y una revisión externa acelerada al mismo tiempo.

Excepción del requisito de agotamiento

El proceso de quejas y apelaciones internas no se considerará agotado por infracciones por parte del plan de atención médica que sean de menor importancia y que no le causen, ni tengan probabilidad de causarle, daños y perjuicios, siempre que el plan de atención médica demuestre que la infracción tuvo una buena causa o se debió a asuntos fuera del control del plan de atención médica, y que la infracción ocurrió en el contexto de un intercambio de información continuo y de buena fe entre el plan y el Demandante. Esta excepción no está disponible si la infracción es parte de un patrón o práctica de infracciones por parte del plan de atención médica.

Usted puede solicitarnos una explicación por escrito de la infracción. Es nuestra obligación proporcionar dicha explicación en un plazo de 10 días. Debemos incluir una descripción específica de Nuestro fundamento, si la hubiere, para afirmar que la infracción no debe causar que el proceso de quejas y apelaciones internas se considere agotado.

Si un revisor externo o un tribunal rechaza Su solicitud de revisión inmediata en virtud de esta sección sobre la base de que Nosotros cumplimos con los estándares para la excepción de esta sección, Usted tiene el derecho de volver a presentar y proseguir con la apelación interna de la reclamación. En tal caso, en un plazo razonable después de que el revisor externo o el tribunal rechace la reclamación para una revisión inmediata (que no exceda los 10 días), es nuestra obligación notificarle la oportunidad de volver a presentar y proseguir con la apelación interna de la reclamación. Los plazos para volver a presentar la reclamación comienzan a correr luego de que el Demandante reciba dicha notificación.

Avisos cultural y lingüísticamente apropiados

A medida que trabajemos con usted en lo que respecta a esta Sección, nos aseguraremos de proporcionarle un medio de notificación cultural y lingüísticamente apropiado, lo que significa que las notificaciones que le hagamos cumplirán con los siguientes requisitos:

1) Proporcionamos servicios de lenguaje verbal (como una línea directa de asistencia telefónica al cliente) que incluye responder preguntas en cualquier idioma aplicable diferente del inglés y brindar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa) en cualquier idioma distinto al inglés que corresponda;

2) Proporcionamos, previa solicitud, un aviso en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda; y

3) Incluimos en las versiones en inglés de todos los avisos, una declaración destacada en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda que indique claramente cómo acceder a los servicios de idiomas proporcionados por el plan de atención médica;

Con respecto a una dirección en cualquier condado de Texas a la cual se envíe una notificación, un idioma distinto al inglés es un idioma distinto al inglés que corresponde si el diez por ciento (10%) o más de la población que reside en el condado sabe leer y escribir el mismo idioma distinto al inglés, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS); los condados que cumplen con este estándar del diez por ciento (10%), según lo determina el HHS, puede encontrarlos en http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html y HHS publica todos los cambios necesarios en esta lista de forma anual.

PAGO DE LAS PRIMAS

Pago de las primas

Usted es responsable del prepago puntual de todas las Primas. La primera prima debe pagarse con la solicitud de inscripción. Las primas subsiguientes vencen el primer día del mes de la cobertura provista durante ese mes. El período de la prima es mensual. Todas las primas son pagaderas a nosotros.

Debe pagarnos la prima requerida al momento de su vencimiento. Si no recibimos su prima a tiempo, o dentro del período de gracia, cancelaremos la cobertura de acuerdo con la sección CANCELACIÓN DE LA COBERTURA de este Contrato. No tendremos la responsabilidad financiera por ningún servicio prestado después de esa fecha.

Período de gracia

Se otorgará un período de gracia de 30 días para el pago de cada prima adeudada después de la primera prima. La cobertura continuará vigente durante el período de gracia. Si el pago no se recibe dentro del período de gracia de 30 días, la cobertura se cancelará a partir del último día del mes antes del inicio del período de gracia.

Ejemplo: El pago correspondiente a abril vence el 1 de abril. Si no se recibe el pago antes del 30 de abril, la cobertura se cancela de forma retroactiva hasta el último día de marzo.

Cambios en los pagos de las Primas

CHRISTUS Health Plan se reserva el derecho de cambiar el monto del Pago de la Prima para los Beneficios previa notificación escrita enviada con 60 días de anticipación. Es posible que su tarifa cambie. Los siguientes son algunos ejemplos de las razones:

1) Un cambio de residencia;
2) La adición de un Dependiente debido a un Evento calificador
3) Una solicitud para cambiar los beneficios aprobados por el Departamento de Suscripción; o
4) La cancelación de un Dependiente en un Contrato familiar.

Recuperación de sobrepagos de beneficios en exceso

Tenemos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado. La recuperación puede buscarse de uno o más de los siguientes: cualquier persona a, por o con respecto de la cual se prestaron dichos servicios o se realizaron dichos pagos, cualquier tercero pagador, cualquier plan de atención médica u otra organización. Si le notificamos a usted (o a su representante legal si usted es menor de edad o es legalmente incompetente) que estamos buscando la recuperación de estos beneficios, le solicitamos que coopere con nosotros para garantizar estos derechos de recuperación.

DISPOSICIONES GENERALES

Enmiendas

Su contrato puede modificarse en cualquier momento. Le daremos un aviso de sesenta (60) días antes de hacer cualquier cambio. Usted recibirá una enmienda a su contrato, mostrando cualquier cambio.

Asignación

Específicamente, nos reservamos el derecho de pagarle directamente y de negarnos a cumplir con una asignación de beneficios en cualquier circunstancia. Ninguna persona puede ejecutar ningún poder legal para interferir con Nuestro derecho a pagarle a Usted en lugar de a cualquier otra persona.

Disponibilidad de servicios del proveedor

No garantizamos que un hospital, centro de atención médica, médico u otro Proveedor esté disponible en la red de Proveedores.

Circunstancias fuera de nuestro control

Si se produce un desastre, haremos un esfuerzo de buena fe para ayudarlo a obtener los Servicios Cubiertos, y seguiremos siendo responsables del pago de los Servicios Cubiertos; sin embargo, no nos responsabilizaremos por los daños que resulten de demoras o fallas debido a la falta de instalaciones o personal que estén fuera de nuestro control. Los ejemplos de desastres incluyen los terremotos, epidemias, guerras y disturbios.

Error administrativo

Un error administrativo en el mantenimiento de registros no anulará ninguna cobertura que de otra manera estuviera legítimamente vigente, ni continuará con la cobertura que de otra manera se hubiera legítimamente cancelado. Al descubrir el error, se hará un ajuste equitativo de la prima.

Cálculo de tiempo

Cuando el reglamento de Texas requiere que se tomen medidas dentro de un cierto período de tiempo a partir de la recepción de una solicitud o petición o documento, se considerará que la solicitud o documento se recibió dentro de los 3 días hábiles a partir de la fecha en que se envió por correo.

Conformidad con las leyes estatales

Cualquier disposición que, en su Fecha efectiva, esté en conflicto con las leyes del estado en el que Usted resida, se modifica por este medio para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes y no se considerará inválida, sino que se interpretará y aplicará como si estuvieran en total conformidad con todas las leyes aplicables.

Renuncia de responsabilidad

No tenemos el control sobre el diagnóstico, el tratamiento, la atención u otro servicio que una instalación o Proveedor le proporcione, ya sea un Proveedor Participante o no Participante. No nos hacemos responsables por pérdidas o lesiones causadas por cualquier Proveedor de atención médica por motivo de negligencia o por otra causa.

Contrato indivisible

Este Contrato y Evidencia de Cobertura, junto con el *Programa de Beneficios* y la *Lista de medicamentos*, la aplicación y cualquier suplemento, enmiendas, endosos o anexos constituyen colectivamente el Contrato Completo entre Nosotros y Usted. Ningún cambio en este Contrato tiene validez a menos que se haga por escrito y uno de Nuestros funcionarios ejecutivos lo apruebe. Usted será notificado de tales cambios. Ningún agente puede cambiar esta Evidencia de cobertura ni renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Formalización de un contrato - Solicitud de cobertura

Todas las declaraciones, en ausencia de fraude o la presentación de manera intencional de un hecho material, realizadas por cualquier solicitante (Usted y/o sus Dependientes) se considerarán declaraciones y no garantías. Ninguna declaración de este tipo anulará la Cobertura ni reducirá los beneficios, salvo que esté contenida en una Solicitud escrita firmada por el Suscriptor y que haya sido entregada al Suscriptor o a su representante.

Reforma federal y estatal de la atención médica

Este Contrato debe cumplir con todas las leyes, normas y reglamentos estatales y federales aplicables. En la fecha de cumplimiento de cualquier cambio en la ley, o la promulgación de cualquier regla o reglamento final que afecte directamente nuestras obligaciones bajo este Contrato, este Contrato se modificará y presentará para su aprobación estatal y/o federal apropiada. Le notificaremos cuando esto pase.

Fraude

Estamos obligados a cooperar con las agencias gubernamentales, reguladoras y policiales para reportar actividades sospechosas. Esto incluye la actividad tanto del proveedor como del miembro.

Ley aplicable

El Contrato se emite en el Estado de Texas y se interpretará según las leyes del Estado de Texas, así como las normas y reglamentaciones federales aplicables.

Hospitalización en la fecha de vigencia de cobertura

Si usted está confinado en un hospital en la fecha de vigencia de su cobertura, debe notificar al Plan sobre la hospitalización en un plazo de dos (2) días, o tan pronto como sea razonablemente posible en adelante.

Tarjetas de identificación

Emitimos tarjetas de identificación (ID) para Usted solo con fines de identificación. La posesión de nuestra tarjeta de identificación (ID) no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios bajo este Contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe, de hecho, ser un Miembro en cuyo nombre se han pagado efectivamente todos los cargos contractuales aplicables. Si Usted o cualquier Miembro de su familia permite que cualquier otra persona use su Tarjeta de Identificación (ID), todos Sus derechos y los de otros miembros de Su familia en virtud de este Contrato pueden cancelarse inmediatamente a Nuestra discreción. A cualquier persona que reciba los servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho en virtud a las disposiciones de este Contrato se le cobrarán por lo tanto las tarifas que generalmente se cobran en el área por servicios médicos, hospitalarios y otros servicios de atención médica.

Contratistas independientes

Los Proveedores Participantes no son empleados, representantes o agentes del Plan. Ellos son contratistas independientes. El Plan no es responsable de sus acciones ni de su incapacidad para actuar. Si no está satisfecho con su atención, le recomendamos que se comunique con Servicio al Miembro al 1-844-282-3025.

Acciones legales

El grupo o Miembro no deberá iniciar ninguna acción legal para recuperar este Plan antes del vencimiento de los sesenta (60) días después de que se haya suministrado la evidencia por escrito de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de la ley estatal. Dicha acción no se deberá iniciar después del vencimiento de tres (3) años después del tiempo que se requiere para suministrar la evidencia por escrito de la pérdida.

Actividad del miembro

Cualquier persona que presente intencionalmente una reclamación de pago falsa o fraudulenta, es culpable de un crimen y estará sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal. Podemos rescindir la inscripción de cualquier Miembro por cualquier tipo de actividad fraudulenta.

Algunos ejemplos de actividad fraudulenta son:

- Falsificar la información de inscripción.
- Permitir que alguien use su tarjeta de identificación (ID).
- Falsificar o vender recetas o
- Tergiversar una Afección médica para recibir beneficios Cubiertos a los que normalmente no tendría derecho.

Presentación de información falsa

Si, en los primeros dos (2) años a partir de la fecha efectiva de su Cobertura o la Cobertura de sus Dependientes, omitió intencionalmente información en su solicitud y/o proporcionó información fraudulenta o falsa, la cobertura para Usted y/o su dependiente se considerará nula y sin ningún valor desde la fecha efectiva. En el caso de fraude, no se aplicarán límites de tiempo y se le exigirá que pague todos los beneficios que le hayamos proporcionado. Le proporcionaremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

Si la edad del Miembro ha sido declarada erróneamente, todas las cantidades pagaderas bajo este Contrato se ajustarán para reflejar la prima que se hubiera pagado por la edad correcta.

Declaraciones erróneas

Todas las declaraciones hechas en la solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Las declaraciones se consideran verídicas y se hacen según el leal saber y entender del Suscriptor. No se puede usar una declaración en un concurso para anular, cancelar o no renovar la cobertura de un Miembro o reducir los beneficios a menos que:

(i) esté en una solicitud de inscripción escrita firmada por el Suscriptor y

(ii) se ha entregado una copia firmada de la solicitud de inscripción al Suscriptor o al representante personal del Suscriptor.

Este Contrato solo puede impugnarse debido a fraude o la presentación de manera intencional de un hecho material en la solicitud de inscripción.

Aviso

Si el presente Contrato nos exige o permite que le entreguemos algún Aviso, se otorgará de manera apropiada si se realiza por escrito y se entregará personalmente o se depositará en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepagado y dirigido a Usted en la dirección registrada en el expediente en nuestra oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar la exactitud de su dirección registrada en el expediente con nosotros.

Oportunidad de examinar el documento del Plan

El Suscriptor a quien se expide el contrato puede examinarlo y, si por alguna razón no está satisfecho con el mismo, puede devolverlo dentro de los 10 días posteriores a su recepción y recibir un reembolso de la prima pagada. Si se prestan los servicios o se pagan las reclamaciones durante el período de análisis de 10 días, Usted es responsable de hacernos el reembolso por dichos servicios o reclamos. Esta consideración, incluidas las primas, la tarifa de solicitud y cualquier otra cantidad a pagar por la cobertura se expresará en el acuerdo o en la solicitud.

Políticas y procedimientos

Podríamos adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables a los efectos de promover la administración ordenada y eficiente del Contrato.

Actividad del médico/proveedor

Si usted sospecha que un Médico, una farmacia, un Hospital, un Centro u otro profesional de atención médica han hecho algo de lo que se indica abajo, llame al Médico o al Proveedor y solicite una explicación, ya que podría haber un error.

- Cobró servicios que usted no recibió
- Facturó más de una vez el mismo servicio
- Facturó un tipo de servicio, pero le prestó uno diferente (por ejemplo, cobrar por un tipo de equipo, pero entregar otro tipo menos costoso)
- Le presentó a usted información falsa (por ejemplo, cambiar su diagnóstico o cambiar las fechas en que lo atendió en su consultorio)

Si no puede resolver el problema con el proveedor, o si sospecha de cualquier otra actividad, comuníquese con nuestros Servicios al miembro.

Revalidaciones

Podríamos revalidar este Contrato después del vencimiento sin la ejecución de una nueva Solicitud o la emisión de una nueva Tarjeta de Identificación o un aviso. En caso de cancelación como resultado de falta de pago oportuno de las primas, CHRISTUS permitirá una revalidación 30 días después de que se aplique la cancelación, si el miembro puede probar que el pago original o intento de pago se realizó antes de la fecha de pago de la factura original. En dicho caso, el miembro también debe pagar todas las primas adeudadas, tanto en el mes anterior y el actual para que la revalidación pueda ser aplicada. La revalidación no provocará interrupciones en la cobertura. Si la revalidación es aplicada, la Evidencia de cobertura original entrará en vigor.

Límite de tiempo en ciertas defensas

Usted debe completar de forma precisa toda la solicitud de inscripción en nombre Propio y de cualquier dependiente elegible que desee inscribir en el Plan. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, hechas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Dichas declaraciones no se utilizarán para anular la cobertura o reducir los beneficios, a menos que figuren en una solicitud escrita de este Contrato. En el caso de que se realice una declaración errónea en una solicitud que NO fue fraudulenta o deliberada, podríamos aplicar y cobrar de manera prospectiva la prima que se le hubiera cobrado en el momento en que la cobertura tuvo efecto si tal error no se hubiera realizado.

Exención por parte de agentes

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario de CHRISTUS Health Plan, tiene la facultad de desestimar las condiciones o restricciones de este Contrato, para extender el tiempo para hacer los pagos o para vincular a CHRISTUS Health Plan, haciendo una promesa o declaración o dando o recibiendo cualquier información. Ninguna de tales desestimaciones, prórrogas, promesas o declaraciones será válidas o efectivas a menos que se demuestre mediante un Endoso o una enmienda por escrito a este Contrato o una Carta de Acuerdo firmada por un funcionario de CHRISTUS Health Plan.

Seguro de compensación para trabajadores

Este Contrato no reemplaza y no afecta ningún requisito de Cobertura por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Texas Workers Compensation Act). Sin embargo, un empleado de una corporación profesional o comercial puede elegir afirmativamente no aceptar las disposiciones de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas si es un funcionario ejecutivo de esa corporación profesional o comercial y posee el diez por ciento (10%) o más de las acciones en circulación de la corporación profesional o comercial.

Para los fines de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, un funcionario ejecutivo hace referencia al presidente de la junta, presidente, vicepresidente, secretario o tesorero de una corporación profesional o comercial.

En el caso de que un empleado decida excluirse de la cobertura de la compensación para trabajadores y cumple con los criterios establecidos anteriormente, brindaremos 24 horas de cobertura de atención médica a esos empleados, sujeto a Nuestros requisitos de elegibilidad para Cobertura.

Además de cumplir con todos Nuestros requisitos de elegibilidad, se requerirá la documentación pertinente que indique que se han cumplido los criterios antes mencionados para que la Cobertura con nosotros entre en vigencia.

DEFINICIONES

Al ser utilizados en este Contrato, los siguientes términos tienen el significado de abajo, salvo lo definido específicamente de otra manera.

Acupuntura es el uso de agujas insertadas y removidas del cuerpo y el uso de otros dispositivos, modalidades y procedimientos en lugares específicos del cuerpo para la prevención, cura o corrección de cualquier enfermedad, padecimiento, lesión, dolor u otra Afección médica por medio del control y regulación del flujo y equilibrio de la energía y funcionamiento de la persona para restaurar y mantener su salud.

Afección es un grupo de diagnósticos relacionados con el mismo órgano, sistema o proceso de enfermedad.

Afección médica de emergencia es una lesión o Afección médica severa que se presentó recientemente y con severidad, que incluye dolor intenso. La lesión o Afección médica que conduciría a una persona razonable y prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, a considerar que si no consigue atención médica inmediata podría: (a) poner en alto riesgo la salud o la vida de la persona (b) resultar en una discapacidad grave de las funciones del cuerpo (c) resultar en una discapacidad grave de algún órgano o parte del cuerpo; (d) resultar en una desfiguración grave; (e) o en caso de una mujer embarazada, poner en alto riesgo la salud del feto.

Agencia de atención médica en el hogar es la agencia u organización que:

- Se especializa en brindar atención de enfermería o servicios terapéuticos en el hogar;
- Está autorizada a brindar dicha atención o prestar servicios por parte de la agencia apropiada que otorga licencias donde se prestan los servicios o está certificada como agencia de atención médica en el hogar bajo el Título XVlll de la Ley de Seguridad Social de 1965, y sus enmiendas;
- Está operando dentro del alcance de su licencia de certificación; y
- Mantiene un expediente médico completo de cada paciente.

La agencia de atención médica en el hogar no significa ningún otro servicio o agencia similar que no cumpla con esta definición, incluso si el servicio o la agencia cumple con algunos de los requisitos anteriores o proporciona algunos o todos los servicios que puede proporcionar una agencia de atención médica en el hogar.

Alcoholismo es la dependencia o consumo de alcohol según el criterio establecido en el Manual de diagnóstico y estadísticas VI en referencia a este trastorno.

Ambulancia es un vehículo con licencia solo como Ambulancia emitida por el cuerpo regulatorio local para realizar traslados de emergencia al Hospital o de un Hospital a otro Centro de Atención Médica, para aquellas personas que no pueden viajar por otros medios para recibir atención médica o que el hospital no puede brindarles la atención que ello necesitan. Los cargos de ambulancia aérea se pagan solo por el transporte de un centro de emergencia al hospital más cercano equipado para tratar la Afección médica en lugar del servicio local de ambulancia.

Año calendario es el período que inicia el 1 de enero y termina el 31 de diciembre cada año. El Año calendario inicia en la fecha de vigencia de la cobertura de un Miembro y finaliza el 31 de diciembre, que puede ser menos de 12 meses.

Aparatos ortopédicos a la medida son los aparatos ortopédicos que son fabricados individualmente para un paciente específico, iniciando con materiales básicos, incluyendo, pero sin limitarse a: plástico, metal, cuero o tela en forma de hojas, barras, etc. Involucra trabajo substancial como cortar, envolver, moldear, coser, etc. También puede involucrar la incorporación de componentes prefabricados Incluye más que recortar, doblar o hacer otras modificaciones a un producto substancialmente prefabricado.

Aparatos/Dispositivos ortopédicos/Órtesis significa un dispositivo de soporte rígido o semirrígido personalizado construido y colocado por un técnico ortopédico autorizado que apoya o elimina el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Área de servicio es el área geográfica que CHRISTUS Health Plan está autorizado por ley para la prestación de sus servicios. En este folleto se proporciona el mapa del Área de servicio de CHRISTUS Health Plan.

Asistente médico es una persona que se ha graduado de un programa de asistente médico o asistente cirujano reconocido a nivel nacional o que actualmente está certificado por la Comisión Nacional para la Certificación de Asistentes Médicos. Un asistente médico debe estar autorizado para practicar medicina bajo la supervisión de un médico con licencia en el estado en el que ejercen.

Atención de emergencia o **Servicios de atención de emergencia** son servicios de atención médica suministrados en un hospital o centro de emergencias, centro de atención médica independiente, o centro de emergencias similar para evaluar y estabilizar Afecciones médicas de emergencia.

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios que un Médico ordena que requieren de las habilidades clínicas y el personal profesional de un Enfermero registrado (RN) o Enfermero práctico La atención especializada se presta directamente por o bajo la supervisión de dicho personal a un paciente que necesita esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, junto con otro tratamiento, para recuperarse de una enfermedad o lesión. La atención especializada no incluye cuidado de custodia.

Atención de seguimiento es el contacto con, o reexaminación de un paciente a quien se le han recomendado intervalos de seguimiento de diagnóstico o durante el curso de un tratamiento.

Atención gestionada significa un sistema o técnica(s) generalmente utilizada(s) por pagadores terceros o sus agentes para influir en el acceso a y controlar el pago de los Servicios de atención médica. Las técnicas de atención médica gestionada incluyen a menudo uno o más de los siguientes:

- Revisión previa, simultánea y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o el sitio para la prestación de los servicios;
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados;
- Incentivos o desincentivos financieros para que los afiliados utilicen determinados proveedores, servicios o sitios para la prestación de los servicios;

- Acceso controlado a y coordinación de los servicios por parte de un administrador de casos; y
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios para la atención médica de costo alto para pacientes.

Atención urgente significa Servicios de atención médica Médicamente Necesarios brindados en emergencias o después del horario laboral de atención de un Médico de atención primaria para tratar afecciones imprevistas debido a una enfermedad o lesión que no pongan en peligro la vida, pero requieren atención médica inmediata.

Autorización previa significa una decisión de un Plan de Atención Médica de que un Servicio de Atención Médica solicitado por un Profesional/Proveedor o Persona Cubierta ha sido revisado y, basándose en la información disponible, cumple los requisitos del Plan de Atención Médica de cobertura y Necesidad Médica y que, por lo tanto, los servicios de atención médica solicitados están autorizados.

Beneficio Cubierto o **Servicio(s) cubierto(s)** son los beneficios o servicios en los que un Miembro utiliza o que se usan en su nombre para aquellos servicios o suministros que son:

- Administrados u ordenados por un Médico u otro Proveedor calificado;
- Son Médicamente Necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una lesión o enfermedad;
- No están excluidos en ninguna de las disposiciones de este Contrato; y
- Se utilizan mientras la cobertura del Miembro está vigente bajo el Contrato.

Un servicio cubierto se debe utilizar en la fecha en la cual se prestó u obtuvo el servicio o suministro que dio lugar al gasto o cargo.

Beneficios médicos esenciales son determinados por Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) bajo Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente (PPACA) y están sujetos a cambios, pero actualmente incluyen las siguientes categorías generales de servicios: Servicios para pacientes ambulatorios; servicios de atención de emergencia; hospitalización; maternidad y servicio para los recién nacidos; servicio para tratar trastornos conductuales, enfermedades mentales o Afecciones por consumo de substancias; servicios y dispositivos de habilitación y de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios de prevención y bienestar; servicios relacionados con el manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo atención bucal y oftalmológica.

Biorretroalimentación es la terapia que brinda una evidencia visual, auditiva u otra evidencia del estado de ciertas funciones corporales, para que la persona pueda ejercer control voluntario sobre sus funciones y, de ese modo, aliviar una afección médica anormal del cuerpo.

Cancelación de la cobertura significa la cancelación o no renovación de la cobertura provista por un plan de atención médica a un Demandante, pero no incluye una cancelación voluntaria por parte de un Demandante o la cancelación de un plan de beneficios de salud que no contiene una cláusula de renovación;

Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo a pagar por Servicios Cubiertos. El monto a pagar por los Servicios Cubiertos brindados por Proveedores no Participantes será ya sea la tarifa acordada por nosotros y el Proveedor no Participante, o en base

a nuestra lista de tarifas fuera de la red. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados cotidianamente por un servicio, y que con justicia y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica. El cargo permitido no se aplica a los Proveedores contratados.

Centro de atención médica significa una institución que brinda servicios de atención médica, incluido un hospital u otro centro autorizado para pacientes hospitalizados, un centro quirúrgico o de tratamiento para pacientes ambulatorios, un centro de enfermería especializada, un centro de tratamiento residencial, una agencia de atención médica en el hogar, un centro de diagnóstico, laboratorio o diagnóstico por imágenes; y un entorno para rehabilitación u otro entorno terapéutico para la salud.

Centro de enfermería especializada no incluye ningún centro que sea principalmente un hogar de descanso, un centro para el cuidado de personas mayores o para el tratamiento del consumo de drogas, trastorno mental, tuberculosis o atención intermedia, de custodia o educativa.

Centro de enfermería especializada significa un lugar que:

1) Opera legalmente como un centro de enfermería especializada;
2) Se dedica principalmente a proporcionar, además de alimentación y alojamiento en habitaciones, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un médico;
3) Proporciona servicio continuo de enfermería las 24 horas del día por o bajo la supervisión de un enfermero práctico registrado;
4) Mantiene un registro médico diario de cada paciente; y
5) Proporciona servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y puede proporcionar otros servicios multidisciplinarios, como terapia respiratoria, servicios de nutrición/dietética y trabajo social médico.

Centro de Tratamiento Residencial se refiere a una instalación de nivel no agudo con credenciales, proporciona alojamiento durante la noche, es supervisado por personal médico, tiene un programa de tratamiento estructurado y cuenta con personal disponible las 24 horas del día.

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es un centro (que no sea un hospital) cuya función principal es la de llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de forma ambulatoria y para los cuales tiene la debida licencia emitida por el estado y autoridad local correspondiente para prestar servicios a pacientes ambulatorios.

Certificación es la decisión emitida por un plan de salud de que un servicio de atención médica solicitado por un proveedor o demandante se ha revisado y, en base a la información disponible, cumple con los requisitos del plan de atención médica de cobertura y necesidad médica y que, por lo tanto, los servicios de atención médica solicitados están autorizados.

Cirugía bariátrica es la cirugía que modifica el tracto gastrointestinal para reducir el consumo de calorías y por lo tanto reducir el peso de la persona.

Cirugía Cosmética es la cirugía realizada principalmente para mejorar la apariencia y la autoestima, esta puede incluir una modificación de las estructuras del cuerpo.

Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales significa una cirugía para mejorar la función de, o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedades.

Cobertura/Cubierto son los beneficios extendidos bajo este Contrato, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del mismo.

Codependencia es un término popular que se refiere a todos los efectos que tienen las personas que son dependientes del alcohol u otras substancias sobre aquellos que viven cerca, incluyendo los intentos de aquellas personas para afectar a la persona dependiente.

Comisionado es el Comisionado de seguros de Texas.

Compensación para trabajadores se refiere al plan de compensación para trabajadores de cualquiera de los 50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes; así como los sistemas provistos bajo la Ley de Compensación de Empleados Federales y la Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios, y cualquier otra compensación federal, estatal, de condado o municipal; leyes relativas a enfermedades ocupacionales u otras leyes de responsabilidad del empleador u otra legislación de propósito o intención similar.

Consumo de Sustancias se refiere al uso excesivo, consumo o dependencia de alcohol, drogas o sustancias químicas.

Copago es el monto que los Miembros deben pagar para a un Proveedor Participante u otro proveedor autorizado por la provisión de Servicios de Atención Médica. Los copagos de este Plan se muestran en el *Programa de Beneficios.*

Costos compartidos son las contribuciones que los Miembros realizan por los costos de sus servicios de atención médica cubiertos, tal como se define en el Contrato. Esto incluye los Copagos.

Cráneomandibular es la articulación en donde la mandíbula se une al cráneo. También llamada articulación temporomandibular (ATM).

Cuidado de custodia es principalmente el servicio para la comodidad o conveniencia personal, que brinda atención médica de mantenimiento, prevención o protección en general sin ninguna probabilidad clínica de mejorar la Afección del Miembro. El cuidado de custodia también son aquellos servicios que no requieren habilidades técnicas, capacitación profesional ni habilidades de evaluación clínica de personal de enfermería o médico para que se presten con efectividad y seguridad Estos servicios pueden ser brindados con seguridad por personal capaz y capacitado que no sea profesional, para asistir con las necesidades médicas de rutina (por ejemplo: cuidado de un vendaje, administración de medicamentos de rutina, etc.) y son para asistir en las actividades cotidianas (como bañarse, alimentarse, vestirse, etc.).

Demandante es el afiliado, médico, proveedor o persona designada para actuar en el nombre de un afiliado para ingresar una queja.

Dentro de la red se refiere a la atención que se recibe de un Proveedor Participante.

Dependiente corresponde al significado establecido en la página 12 de este Contrato.

Determinación adversa significa una determinación por parte de una organización de mantenimiento de la salud o un agente de revisión de utilización respecto a que los servicios de atención médica proporcionados o que se propone proporcionar a un miembro no son médicamente necesarios o apropiados.

Director médico es un médico cuya función es administrar la prestación de Servicios de atención médica a nuestros Miembros.

División significa la división de seguros de Texas.

El Médico de atención primaria o **el Proveedor de atención primaria** o **PCP** es el Médico u otro Proveedor a quien Usted ve primero para tratar la mayoría de sus problemas de salud. Su PCP se asegura de que Usted reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. Su PCP también puede hablar con otros Médicos y Proveedores sobre Su atención y referirlo a ellos. Los PCP incluyen, entre otros, médicos de familia, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Su PCP es el responsable de brindarle los Servicios de atención médica básica. Estos servicios incluyen: exámenes anuales, vacunación de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean consideradas una emergencia.

Enfermedad significa un padecimiento o una dolencia, incluidas todas las afecciones médicas y sucesos relacionados que requieren servicios de atención médica.

Enfermedad urgente es una enfermedad que no pone en peligro la vida y que requiere atención médica inmediata. Algunos ejemplos de situaciones de urgencia incluyen esguinces, una fiebre que se eleva a pesar de haber tomado medicamentos, un nuevo dolor de oído, un ataque de asma en el que los medicamentos no ayudan, una mordedura de un animal, un objeto en el ojo o una infección en los ojos, un corte que puede necesitar sutura, un niño con vómitos o diarrea intensos, un posible hueso roto, dificultad para respirar, un dolor de garganta, síntomas de gripe, una infección del tracto urinario o una migraña para la cual los medicamentos no alivian el dolor.

Enfermedad/trastorno mental es cualquier Afección incluida en el Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM IV, o edición actual) y/o en la Sección de trastornos mentales de la Clasificación internacional de enfermedades.

Enfermera partera certificada es la persona certificada por el Consejo de enfermería como Enfermera registrada y a quien el Departamento de Salud de Texas le ha emitido una licencia como Enfermera partera certificada.

Enfermero práctico registrado (LPN) significa una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería y experiencia práctica en enfermería y está debidamente autorizado para prestar servicios de enfermería por el estado o agencia reguladores responsable de dicha licencia en el estado en que esa persona realiza dicho servicio.

Enfermero profesional certificado es un enfermero registrado avalado por el Consejo de enfermería para ejercer la práctica como enfermero profesional certificado. El nombre y la información pertinente de un enfermero profesional certificado se ingresa en la lista de enfermeros profesionales certificados del Consejo de enfermería de Texas.

Enfermero registrado es una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería, está autorizada a usar la designación de Enfermero registrado (RN) y está debidamente facultado por el estado o agencia reguladora responsable de dicha licencia en el estado en que la persona presta dichos servicios de enfermería.

Ensayo clínico sobre el cáncer significa un curso de tratamiento que se proporciona a un Miembro para fines de prevención, de detección a tiempo o de tratamiento contra un cáncer que se preste en Texas.

Equipo médico duradero es el equipo o suministros recetados por un médico/proveedor, que son Médicamente Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión accidental, o para prevenir deterioro adicional del miembro. Este equipo está designado para uso recurrente, generalmente no es útil si no hay enfermedad o lesión accidental, e incluye artículos como equipo de oxígeno, sillas de ruedas, camas hospitalarias, muletas y otro equipo médico.

Errores genéticos congénitos de trastornos metabólicos (IEM, en inglés) es un trastorno heredado presente en el nacimiento y cuyo resultado, si no se trata, es la muerte o retraso mental, requiere la ingesta de alimentos médicos especiales.

Especialista es un médico que presta Servicios Cubiertos para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Los ejemplos incluyen internistas que atienden enfermedades de los órganos internos en adultos; oncólogos que atienden pacientes con cáncer; cardiólogos que atienden pacientes con enfermedades cardíacas; y ortopedistas que atienden pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares, y psiquiatras que atienden a Miembros con trastornos conductuales o enfermedades/trastornos mentales.

Estándares uniformes significa todas las regulaciones para profesionales generalmente aceptadas, regulaciones para profesionales basadas en la evidencia o regulaciones para profesionales desarrolladas por el gobierno federal o sociedades médicas, juntas y asociaciones nacionales y profesionales, y cualquier criterio de revisión clínica aplicable, regulaciones para profesionales o protocolos desarrollados por el plan de salud, de conformidad con las regulaciones para prácticas profesionales nacionales y federales que utiliza un plan de atención médica para determinar si se debe certificar o denegar un Servicio de atención médica solicitado.

Experimentales, de investigación o sin autorización quiere decir todo tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no se acepta como práctica médica estándar en el estado donde se prestan los servicios. Además, si se necesita la aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental para utilizar los artículos y no se ha concedido dicha aprobación en el momento en que se administraron los servicios, el servicio es experimental. A fin de que se considere práctica médica estándar en vez de experimental o de investigación, el tratamiento tiene que cumplir con los cinco criterios que se indican a continuación:

1) Una tecnología tiene que tener la aprobación final de las entidades gubernamentales reguladoras apropiadas;
2) Las pruebas científicas según se publican en la literatura médica arbitrada tienen que permitir conclusiones con respecto al efecto de la tecnología en los resultados referentes a la salud;
3) La tecnología tiene que mejorar los resultados netos referentes a la salud;

4) La tecnología tiene que ser tan beneficiosa como todas las alternativas establecidas; y

5) El mejoramiento tiene que lograrse fuera de los ámbitos de investigación.

Fecha de cancelación corresponde a las 11:59 p. m. del último día del mes para el que se pagaron las primas y la fecha en que finaliza la cobertura del Miembro.

Fecha de vigencia es a las 12:01 a. m. de la fecha en la cual la cobertura del miembro entra en vigencia.

Fisioterapia es una terapia para la preservación, mejora o restauración del movimiento y la función física deteriorada o amenazada por enfermedad o lesión que utiliza ejercicio terapéutico, modalidades físicas (como masajes y electroterapia), dispositivos de ayuda y educación y capacitación del paciente.

HHS es el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Hospital es una institución autorizada, acreditada o certificada por el Estado que proporciona servicios de atención médica bajo el cuidado de un médico que:

1) Ofrece servicios de enfermería 24 horas por enfermeros registrados certificados (RN, en inglés);

2) Principalmente brinda atención diagnóstica y terapéutica bajo la supervisión de médicos mientras está confinado en el hospital; y

3) Mantiene centros quirúrgicos permanentes o tiene un acuerdo con otro centro quirúrgico supervisado por personal que comprende a uno o más médicos.

El hospital también incluye ciertas instituciones financiadas con impuestos, que podrían no estar obligadas a mantener instalaciones quirúrgicas. Hospital no significa spas, hogares de reposo, asilos de ancianos, centros de enfermería especializada, hogares para convalecientes, hogares de acogida para ancianos ni instituciones similares.

Hospital para pacientes ambulatorios es un lugar para recibir Servicios Cubiertos mientras no sea un paciente hospitalizado. Los servicios considerados para pacientes ambulatorios incluyen, pero no se limitan a, los servicios en una sala de emergencias, independientemente de si posteriormente ingresa como paciente hospitalizado en un hospital.

Instalación de atención terciaria es una unidad Hospitalaria que brinda atención especializada a pacientes de alto riesgo. El centro proporciona y coordina los sistemas de transporte, comunicación, educación y análisis de datos para el área geográfica a la que atiende.

Las mamografías y otros diagnósticos por imagen del seno significan un examen de imagenología utilizando una mamografía, imágenes por ultrasonido o resonancia magnética que está diseñado para evaluar:

- una anomalía subjetiva u objetiva en un seno detectada por un médico o el paciente;
- una anomalía observada por un médico en una mamografía de control;
- una anomalía previamente identificada por un médico como probablemente benigna en un seno para la que se recomienda un seguimiento por imágenes; o
- un individuo con un historial personal de cáncer de seno o tejido mamario denso.

Lesión accidental significa una lesión corporal causada únicamente por un medio externo, traumático e imprevisto. Una lesión accidental no incluye enfermedades, infecciones, hernias ni accidentes cerebrovasculares. Una lesión dental causada por masticar, morder o maloclusión no se considera una lesión accidental.

Lesión cerebral adquirida significa una lesión cerebral después del nacimiento, no es congénita ni degenerativa y evita que el cerebro funcione normalmente. Las lesiones cerebrales pueden ser leves, moderadas o severas y pueden traer como consecuencia la pérdida de memoria, cambio de personalidad, disfunción mental, problemas con el control de la ira, alteraciones en el juicio o pérdida del juicio.

Lesión es una lesión corporal debido a un accidente que resulta única, directa e independientemente de una enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa.

Lista de medicamentos (Formulary, en inglés) es la lista de productos de medicamentos cubiertos, elegidos por nosotros con asesoría de un equipo de Proveedores de atención médica, que representa a las terapias de tratamiento que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Usted puede obtener su *Lista de medicamentos* llamando al número de teléfono en su tarjeta de identificación.

Mamografía de detección, o "mamografía en dosis bajas", significa el examen con radiografías del seno utilizando un equipo dedicado específicamente para mamografía, que incluye un tubo de radiografía, filtro, dispositivo de compresión, pantallas, películas y casetes, con una entrega de exposición a la radiación de menos de una radiación de medio seno, con dos vistas para cada seno.?

Maternidad significa cobertura para atención prenatal, intraparto, perinatal o posparto.

Máximo desembolso directo anual es un monto específico de efectivo por Servicios Cubiertos recibidos en un año calendario que es lo máximo que el Miembro pagará (responsabilidad de costos compartidos) por ese año calendario.

Medicaid significa el Título XIX y/o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social y todas sus enmiendas.

Médicamente Necesario significa un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio que es necesario y conveniente para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los Estados Unidos en el momento en que se brindan.

Un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio no se considerarán Médicamente Necesarios si:

- Son experimentales, de investigación o sin autorización o con fines de investigación;
- Se proporcionan únicamente con fines educativos o para la conveniencia del paciente, la familia del paciente, el médico, el hospital o cualquier otro Proveedor;
- Excede en alcance, duración o intensidad el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y donde el tratamiento en curso tiene una finalidad de cuidado de mantenimiento o prevención;
- Podría haberse omitido sin afectar adversamente la Afección médica del paciente o la

calidad de la atención médica;
- Implica el tratamiento o el uso de un dispositivo médico, medicamento o sustancia no aprobada formalmente por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. o
- Implica un servicio, suministro o medicamento que no es considerado razonable ni necesario en virtud del Manual de problemas de cobertura de Medicare de la Administración para el financiamiento de atención médica.

Es posible que le solicitemos a Usted o a su Proveedor que proporcionen literatura científica revisada por pares y basada en evidencias que demuestre que el servicio es necesario para la salud del Miembro.

Medicamentos con receta son medicamentos para los cuales la venta o suministro legal requiere la orden de un proveedor con autoridad legal para recetar medicamentos.

Medicare significa el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y todas sus enmiendas.

Médico corresponde a uno de los siguientes:

- Un doctor en medicina, cirugía u osteopatía;
- Un doctor en podología o un doctor en quiropráctica o
- Cualquier otro Proveedor autorizado a quien la ley estatal debe reconocer como médico y que actúa dentro del alcance de su licencia para tratar una enfermedad o lesión.

Miembro es una persona:

- que cumple con cada uno de los requisitos de inscripción y elegibilidad descritos en este Contrato;
- que ha sido debidamente inscrita en la cobertura con nosotros y
- para quien hemos recibido cualquier prima requerida para la cobertura inscrita.

Nosotros, **nuestro**, **a nosotros**, y **CHRISTUS** se refieren a CHRISTUS Health Plan.

Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN) es un médico que reúne los requisitos de la Junta o está certificado por la Junta Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos.

Orden médica calificada de manutención de menores es una orden de una agencia o tribunal estatal o federal. Requiere que una persona proporcione cobertura de atención médica para dependientes específicos.

Organización para el Mantenimiento de la Salud es la persona que se compromete a brindar o hacer arreglos para suministrar servicios de atención médica básicos a los afiliados en una base de prepago, a excepción de la responsabilidad del miembro por los costos compartidos.

Paciente hospitalizado significa que usted es un paciente registrado en cama y se lo trata como tal en un hospital.

Plan de atención médica es una persona que tiene un certificado de autoridad vigente, que razonablemente actúa como una Organización para el mantenimiento de la salud, plan de atención médica sin fines de lucro o plan dental prepagado.

Plan de beneficios de salud es el plan de salud o contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un plan de atención médica o un administrador de planes para brindar, suministrar o coordinar el pago o reembolso de los gastos por servicios de atención médica.

Plan significa el plan de beneficios de salud establecido por CHRISTUS Health Plan y que el Miembro ha seleccionado para la prestación de Servicios de atención médica a los Miembros, en su forma existente en la Fecha efectiva de este Contrato o sus modificaciones posteriores como se prevé aquí.

PPACA significa la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Productos biológicos son compuestos médicos preparados de organismos vivos y/o sus productos.

Profesional de atención médica es el médico u otro profesional de atención médica, incluyendo un farmacéutico que tenga licencia, certificado o esté autorizado por el estado para brindar servicios de atención médica según la ley del estado.

Programa de atención médica para enfermos terminales significa una organización debidamente autorizada para proporcionar servicios del programa de atención médica para enfermos terminales. Un centro de atención para enfermos terminales aprobado debe contar con una licencia cuando sea requerido, contar con la certificación de Medicare como centro de atención para enfermos terminales o acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) como centro de atención para enfermos terminales.

Programa de beneficios significa el material escrito que NMSA 1978 Sección 59A-57-4 exige que el plan de atención médica o el titular del contrato grupal tiene que proporcionar al Demandante.

Proveedor no participante significa un proveedor que no es un Proveedor Participante y que ofrece servicios fuera del área.

Proveedor Participante es un Médico, Proveedor, Hospital o Instalación de atención médica que tiene un acuerdo con Nosotros para aceptar Nuestras tarifas y pagos como pago total por la prestación de los servicios de atención médica a los Miembros.

Proveedor significa un hospital, médico u otro profesional de las artes curativas debidamente autorizado a prestar servicios de atención médica dentro del alcance de su licencia.

Queja administrativa es una queja oral o escrita enviada por o en nombre de un demandante en relación a cualquier aspecto de un plan de beneficios de salud aparte de una solicitud de servicios de atención médica, incluyendo, pero no se limitan a:

- Prácticas administrativas del plan de atención médica que afecten la disponibilidad, entrega o calidad de los servicios de atención médica;
- pago de reclamaciones, manejo o reembolso de servicios de atención médica; y
- cancelación de la cobertura.

Queja es cualquier estado de insatisfacción relacionado con cualquier aspecto de la operación de la organización y mantenimiento de la salud, expresado por un demandante, verbalmente o por

escrito, ante la Organización para el Mantenimiento de la Salud. El término incluye insatisfacción relacionada con la administración del plan, los procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una determinación adversa en virtud de la Sección 843.261, la denegación, reducción o cancelación de un servicio por razones no relacionadas con la necesidad médica, la forma en que se presta el servicio y una decisión de la anulación de la inscripción. El término no incluye un malentendido o un problema de desinformación que se resuelva rápidamente aclarando el malentendido o proporcionando la información adecuada a satisfacción del inscrito; o la expresión oral o escrita de insatisfacción o desacuerdo de un proveedor o inscrito respecto a una determinación adversa.

Red de Proveedores significa una lista de los Proveedores que son Proveedores Participantes.

Rehabilitación significa la atención para la restauración (incluso por educación o capacitación) de la capacidad previa de un Miembro para funcionar a un nivel máximo de beneficio terapéutico. Este tipo de atención debe ser rehabilitación aguda, rehabilitación subaguda o rehabilitación intensiva de día e incluye terapia de rehabilitación y programas de control del dolor. Se considerará que una hospitalización como paciente hospitalizado es para fines de rehabilitación en el momento en que el miembro se haya estabilizado médicamente y comience a recibir terapia de rehabilitación o tratamiento bajo un programa de control del dolor.

Rescisión de cobertura significa una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo; una cancelación o interrupción de la cobertura no es una rescisión si:

- la cancelación o interrupción de la cobertura solo tiene un efecto prospectivo; o
- la cancelación o interrupción de la cobertura se hace efectiva de forma retroactiva en la medida en que se atribuya a la falta de pago oportuno de las primas o contribuciones requeridas para el costo de la cobertura.

Revisión de utilización o **Gestión de utilización** es el proceso de revisión y gestión de las Afecciones médicas de un Miembro para que el Miembro reciba la atención adecuada, en el momento correcto por parte del Proveedor que corresponda. Este proceso maximiza los beneficios y garantiza una atención médica de calidad.

Revisión Externa significa apelación externa.

Segundas opiniones brindan la oportunidad o necesidad de obtener una evaluación clínica por parte de un proveedor que no sea el que originalmente hizo una recomendación para un servicio de salud propuesto para evaluar la Necesidad Médica y la idoneidad del servicio de salud propuesto inicialmente.

Servicio de diagnóstico son los procedimientos ordenados por un Médico/Proveedor para determinar una afección médica o enfermedad definida, o para verificar el estatus médico de una afección médica o enfermedad existente.

Servicios de atención médica es, según la extensión ofrecida por el plan, servicios, suministros o procedimientos de diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una afección médica, enfermedad, lesión o padecimiento; incluyendo, según la extensión ofrecida por el plan de beneficios de salud, servicios de salud mental y física, incluyendo servicios de salud mental basados en la comunidad y servicios por discapacidad o retrasos en el desarrollo.

Servicios de atención primaria son servicios prestados por un PCP o Proveedor primario de Servicios de atención médica.

Servicios de habilitación son servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar sus destrezas y a ser funcional en la vida cotidiana. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina o no habla a la edad esperada. Estos servicios podrían incluir terapia ocupacional y fisioterapia, patología del habla-lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados y/o pacientes no hospitalizados.

Servicios del programa de atención médica para enfermos terminales significa un programa administrado de forma centralizada diseñado para proporcionar atención física, psicológica y espiritual para las personas que están muriendo y sus familias. El objetivo de la atención médica para enfermos terminales es permitir que el proceso de muerte proceda con un mínimo de incomodidad para el paciente, al mismo tiempo que se mantiene la dignidad y la calidad de vida. Los servicios del programa de atención médica para enfermos terminales están disponibles en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en una unidad especial de atención médica para enfermos terminales.

Servicios excluidos son los servicios de atención médica que no son Servicios Cubiertos y por los cuales no pagaremos.

Servicios fuera de la red significa los Servicios de atención médica obtenidos de un Proveedor no Participante.

Servicios para pacientes ambulatorios son aquellos Servicios de Atención Médica provistos en el consultorio del médico, clínica, centro médico o Centro Quirúrgico Ambulatorio en el cual la estadía del paciente no dura más que 24 horas.

Solicitud son los formularios, incluidos los cuestionarios de evaluación de la salud requeridos, si los hubiera, que cada Suscriptor debe completar al momento de inscribirse en nuestra Cobertura.

Soporte nutricional significa la administración de preparaciones sólidas, en polvo o líquidas proporcionadas por vía oral o mediante alimentación enteral por sonda. Únicamente se cubre cuando se requiere alimentación enteral por sonda.

Subluxación significa desalineación, demostrable mediante radiografías o examen quiropráctico, que produce dolor y se puede corregir mediante manipulación con las manos.

Suscriptor se refiere a una persona que es el titular del contrato y es responsable del pago de las primas a CHRISTUS Health Plan.

Teleodontología significa un servicio de atención médica provisto por un dentista o un profesional de la salud que actúa bajo delegación y supervisión de un dentista y actúa dentro del alcance de su licencia o certificación de dentista o profesional de la salud para tratar a un paciente en una ubicación física diferente que el dentista o profesional de la salud utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Terapia de infusión a domicilio significa la administración de líquidos, nutrientes o medicamentos (incluidos todos los aditivos y la quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o por inyección intravenosa en el hogar. La terapia de infusión a domicilio incluye:

- Medicamentos y soluciones IV;
- Servicios de composición y despacho de farmacia;
- Todos los equipos y suministros auxiliares requeridas por la terapia definida;
- Servicios de entrega;
- Educación del paciente y su familia
- Servicios de enfermería

Terapia de rehabilitación significa fisioterapia, terapia ocupacional, del habla o respiratoria.

Terapia del habla se refiere al tratamiento y los ejercicios para tratar los trastornos de la voz, el habla y la deglución debido a enfermedades o lesiones diagnosticadas proporcionados por un Proveedor calificado.

Terapia ocupacional significa actividad terapéutica constructiva diseñada y adaptada para promover la restauración de la función física útil y mejorar la capacidad funcional de un Miembro para llevar a cabo actividades cotidianas.

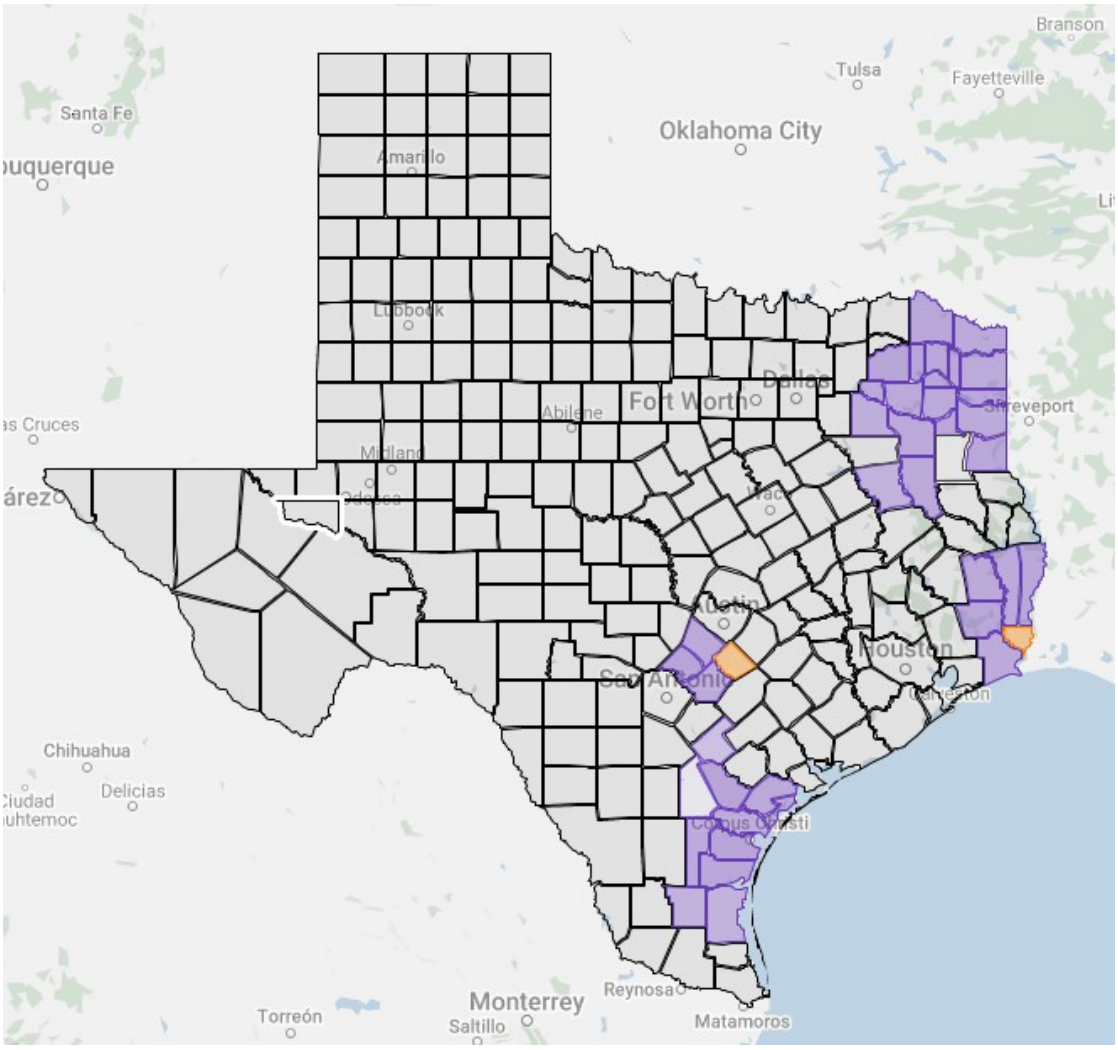
Terapia respiratoria significa un programa de acondicionamiento físico individualizado, supervisado médicamente, diseñado y adaptado para promover y mejorar la salud y el bienestar pulmonar y respiratorio de un Miembro e incluye ejercicios simples de respiración y asesoramiento sobre la postura y el uso de dispositivos complementarios que ayuden a eliminar el exceso de mucosidad de las vías respiratorias y mejorar la fuerza de los pulmones. Los terapeutas respiratorios lo entrenan en higiene bronquial, uso adecuado de inhaladores y la manera correcta de respirar.

Trastorno conductual es una discapacidad caracterizada por mostrar comportamientos con suficiente duración, frecuencia e intensidad, por un período prolongado, que se desvíe significativamente de las normas socialmente aceptables para la edad y situación de una persona.

Trastorno del espectro autista es una Afección que cumple con los criterios de diagnóstico para los trastornos generalizados del desarrollo publicados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado, también conocido como DSM-IV-TR, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, que incluye el trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, síndrome de Rett y trastorno desintegrativo de la infancia.

Usted, **Su**, y **a Usted** se refieren al Miembro.

ÁREA DE SERVICIO



Área de servicio:
Aransas, Bee, Bowie, Brooks, Camp, Caldwell, Cass, Cherokee, Comal, Franklin, Gregg, Guadalupe, Hardin, Harrison, Hays (78666), Hopkins, Jasper, Jefferson, Jim Wells, Karnes, Kenedy, Kleberg, Live Oak, Marion, Morris, Newton, Nueces, Orange, Panola, Rains, RedRiver, Refugio, San Patricio, Smith, Titus, Tyler, Upshur, Van Zan Zandt, Wood

844.282.3026 | TTY 711

Lunes a Viernes | 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

CHRISTUShealthplan.org