

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

EVIDENCIA DE COBERTURA

MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS: COPAGO

2020



CommunityHealthChoice.org
713.295.6704 | 1.855.315.5386

COMMUNITY
HEALTH CHOICE 

**EVIDENCIA DE COBERTURA
DEL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD DEL MERCADO
DE SEGUROS MÉDICOS FACILITADO POR EL GOBIERNO FEDERAL**

**Community Health Choice, Inc.
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
713.295.6704 and 1.855.315.5386
TDD: 7-1-1
www.communityhealthchoice.org.**

LEA ATENTAMENTE ESTE CONTRATO

La Evidencia de Cobertura (Contrato) es un contrato que se emite para Usted como nuestro miembro (Usted); aquí se establece la cobertura a la que Usted tiene derecho y se describen los términos del plan de atención médica, incluidas las restricciones y limitaciones.

Acordamos pagar los beneficios por los servicios que Usted reciba, sujeto a todos los términos de este Contrato.

Este Contrato se emite considerando la solicitud del Titular del Contrato, incluida en el presente, y considerando el pago de la prima de parte del Titular del Contrato, como se establece en este Contrato.

Cualquier omisión o declaración errónea de información sustancial en la solicitud puede derivar en la anulación de Su Contrato y en la denegación de sus reclamaciones. Revise que no haya errores en Su solicitud y escríbanos si alguna información no es correcta o está incompleta.

Este Contrato y la cobertura que proporciona entrarán en vigencia a las 12:00 a. m. (Su hora) de la Fecha de entrada en vigencia indicada en Su Tarjeta de Identificación de Miembro. Este Contrato y la cobertura que este otorga finalizan a las 12 de la medianoche (Su hora) de la fecha de finalización. Las disposiciones precedentes y las que se establecen en las siguientes páginas forman parte de este Contrato.

Este Plan de Beneficios de Salud a Opción del Consumidor, ya sea total o parcialmente, no proporciona los beneficios de salud obligatorios según el Estado y que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura de Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede ser más accesible para Usted, aunque al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios que los normalmente incluidos como obligatorios en Texas. Consulte con su agente de seguros para conocer qué beneficios de salud obligatorios según el Estado están excluidos de esta Evidencia de Cobertura.

CHCCCHBPPDEOC_LPN_2020_DECEMBER_2019

Have a complaint or need help?

If you have a problem with a claim or your premium, call your insurance company or HMO first. If you can't work out the issue, the Texas Department of Insurance may be able to help.

Even if you file a complaint with the Texas Department of Insurance, you should also file a complaint or appeal through your insurance company or HMO. If you don't, you may lose your right to appeal.

Community Health Choice

To get information or file a complaint with your insurance company or HMO:

Call: 713-295-2294

Toll-free: 1-855-315-5386

Email: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Mail: Community Health Choice

Service Improvement

2636 South Loop West, Suite 125

Houston, Texas 77054

The Texas Department of Insurance

To get help with an insurance question or file a complaint with the state:

Call: 1-800-252-3439

Online: www.tdi.texas.gov

Email: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Mail: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene un problema con una reclamación o con su prima de seguro, llame primero a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver el problema, es posible que el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) pueda ayudar.

Aun si usted presenta una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja a través del proceso de quejas o de apelaciones de su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho para apelar.

Community Health Choice

Para obtener información o para presentar una queja ante su compañía de seguros o HMO:

Llame a: 713-295-2294

Teléfono gratuito: 1-855-315-5386

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Dirección postal: Community Health Choice

Service Improvement

2636 South Loop West, Suite 125

Houston, Texas 77054

El Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta relacionada con los seguros o para presentar una queja ante el estado:

Llame: 1-800-252-3439

En línea: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714

Elegibilidad

El Titular del Contrato que reside, vive o trabaja en el Área de Servicio y sus Dependientes. Un Dependiente puede residir en cualquier parte de los Estados Unidos.

Si la Cobertura se adquirió a través del Mercado de Seguros Médicos, una persona debe haber sido elegible a través del Mercado.

Renovación

Este Contrato permanece vigente a opción del Titular del Contrato, excepto que se indique lo contrario en la sección Renovación y Finalización de este Contrato.

Derecho a Devolver el Contrato

Usted tiene derecho a devolver este Contrato hasta 10 días calendario después de recibirlo y a que se le reembolse la parte de la prima que Usted pagó si, luego de revisar este Contrato, no se encuentra satisfecho con este por algún motivo. Si elige devolver este Contrato dentro del período de 10 días, se considerará nulo desde el comienzo y las partes estarán en la misma situación que si el contrato nunca se hubiera emitido. Si durante el período de 10 días se brindan servicios o pagamos reclamaciones, Usted será responsable por esos servicios y reclamaciones.

[Firma del Funcionario]

Catherine Mitchell
Vicepresidente y Directora de Operaciones

GUIDE TO YOUR CONTRACT

1. Access to Care	9
a. How to Find a Participating Provider	9
b. Use of Participating Providers	9
c. Selecting a Primary Care Physician or Provider (PCP)	9
e. Role of the PCP	10
f. When a PCP is Not Available	10
g. Seeing a Specialist	10
h. Seeking Emergency Care Services	11
i. Seeking Urgent Care Services	11
j. Telehealth Services	11
k. Use of Non-Participating Providers	12
2. Utilization Management	13
a. Prior Authorization	13
b. Reduction of Payment	13
3. Your Contract Benefits Management	14
BENEFITS	15
a. Acquired Brain Injury	15
b. Autism Spectrum Disorder	15
c. Dental Services	16
d. Diabetes Services	16
e. Durable Medical Equipment and Medical Supplies	16
f. Emergency Services	18
g. Healthcare Treatment Facility Services	18
h. Healthcare Practitioner Services	19
i. Home Healthcare	19
j. Hospice Care	20
k. Mental Health	20
l. Maternity Care and Newborn Services	21
m. Outpatient Therapies	21
n. Prescription Drugs	22
o. Preventive Care Services	25
p. Reconstructive Surgery	28
q. Routine Care During Clinical Trials	28
r. Skilled Nursing Facility and Rehabilitation Services	29

s. Transplant Services	29
t. Transplant Transportation and Lodging	30
u. Transportation	31
v. Urgent Care Services	31
w. Vision Services	31
4. General Exclusions and Limitations	32
5. Prescription Drug Exclusions	37
6. Premium Payment	40
a. Your Duty to Pay Premium	40
b. Cost-Sharing Reduction	40
c. Advance Premium Tax Credit	40
d. Grace Period	40
e. Grace Period for for Covered Persons receiving Advance Premium Tax Credits	41
f. Changes to Your Premium	41
g. Return of Premium	41
7. Changes to Contract	42
a. Your Rights to Make Changes to the Contract	42
b. Our Rights to Make Changes to the Contract	43
c. Continuation of Coverage for Surviving Dependents	43
d. Continuation of Coverage Due to Marital Change	43
8. Renewability and Termination	44
a. Reasons We Will Terminate Your Contract	44
b. Reasons We Will Terminate a Covered Person	44
c. Your Duty to Notify Us	45
d. Reinstatement	45
e. Fraud	45
f. Reasons You May Terminate Your Contract	46

9. General Provisions47

- a. Appeals, Complaints and External Review Rights 47
- b. Exhaustion of Remedies 51
- c. Assignment of Benefits. 51
- d. Conformity with State Statutes 51
- e. Cost of Legal Representation. 51
- f. Duplicating Provisions 51
- g. Entire Contract 51
- h. Incontestability 51
- i. Rescission 52
- j. Legal Action 52
- k. Premium Adjustment 52
- l. Notice of Claim. 52
- l. Our Relationship with Providers. 53
- m. Rights That Affect Our Obligation to Pay 53
- n. Right to Request Overpayments 59
- o. Right to Require Medical Examinations 59
- p. State Public Medical Assistance 59
- q. Time of Payment of Claims. 59
- r. Workers' Compensation 59

10. Definitions60

Schedule of Benefits78

Bienvenido a Community Health Choice, Inc.

¡Gracias por elegir a Community Health Choice, Inc. (Community) como Su plan de beneficios de salud! Community ha asumido el compromiso de coordinar atención médica de excelencia para cuando esté enfermo o lesionado y beneficios para que goce de buena salud. Lo invitamos a leer esta Evidencia de Cobertura y conocer de qué manera este plan puede ayudarlo.

Esta Evidencia de Cobertura otorga beneficios establecidos por el Gobierno Federal en la Ley de Cuidado de Salud Asequible. En Texas, se creó un Mercado de Seguros Médicos facilitado por el Gobierno Federal a través del cual se ofrecen Planes de Salud Calificados a personas elegibles. El Gobierno Federal y el Estado de Texas han establecido normas para el funcionamiento general de este plan. Para que esta cobertura sea más asequible, Usted puede ser elegible para los créditos fiscales federales anticipados que lo ayudarán a pagar Su costo de la cobertura. Consulte la sección Pago de Primas de este Contrato.

Área de Servicio



El Área de Servicio también se incluye en www.communityhealthchoice.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

1. Acceso a la Atención Médica

a. Cómo Buscar un Proveedor Participante

Puede acceder a un directorio en línea de Proveedores Participantes en www.communityhealthchoice.org. Antes de recibir servicios, revise el directorio en línea de Proveedores Participantes y verifique con el proveedor si participa en el plan de Community. Si no tiene acceso al directorio en línea, llame al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en Su Tarjeta de Identificación de Miembro para que lo ayuden a buscar un Proveedor Participante o para solicitar un listado de proveedores de su preferencia. .

b. Uso de Proveedores Participantes

En la mayoría de los casos, hay proveedores participantes disponibles para proporcionar servicios médicamente necesarios. Los proveedores participantes han acordado aceptar honorarios con descuento o negociados con anterioridad. Usted es responsable de pagar al Proveedor Participante cualquier Copago aplicable por los servicios recibidos. Ofrecemos distintos planes de atención administrada. Un proveedor que participa en un plan no es necesariamente un Proveedor Participante en otros planes ofrecidos por Community.

Cuando recibe servicios, debe asegurarse de que el proveedor participe como Proveedor Participante a fin de evitar gastos de bolsillo adicionales.

Community no ofrece beneficios por servicios que reciba de Proveedores No Participantes, a excepción específica de lo que se describa en esta Evidencia de Cobertura.

Usted tiene derecho a contar con una red adecuada de Proveedores Participantes. Si considera que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en: www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

Si Community aprueba una derivación para servicios de Proveedores No Participantes porque ningún Proveedor Participante está disponible (como se describe en la sección K de Acceso a la atención médica de esta EOC) o si Usted ha recibido servicios de Atención Médica de Emergencia por parte de un Proveedor No Participante, Community debe, en la mayoría de los casos, resolver la factura del Proveedor No Participante para que Usted solo deba pagar el copago, coseguro o deducible correspondiente.

Puede obtener un directorio en línea de Proveedores Participantes en el siguiente sitio web: www.communityhealthchoice.org o llamando al 1-855-315-5386 si desea obtener ayuda para encontrar Proveedores Participantes disponibles. Si Usted se basó en información materialmente inexacta del directorio, puede tener derecho a que se le pague una reclamación correspondiente a un Proveedor No Participante como si este fuera un Proveedor Participante, si Usted presenta a Community una copia de la información inexacta del directorio con una fecha que se encuentre dentro de los 30 días anteriores a que Usted recibiera el servicio.

c. Elección de un Médico o Proveedor de Atención Primaria (PCP)

Debe seleccionar un Médico o Proveedor de Atención Primaria (PCP, Primary Care Physician o Primary Care Provider) para Usted y para cada Dependiente cubierto. Al seleccionar un PCP, tendrá acceso a un Hogar Médico, lo cual es importante para Su salud en general. Le ofrecemos numerosas opciones para seleccionar los servicios de un PCP.

Puede elegir cualquier PCP que desee siempre que se encuentre en Nuestra red y acepte pacientes nuevos. Puede elegir un pediatra como PCP para Sus hijos.

Si no elige un PCP, elegiremos por usted uno cercano a Su domicilio. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Este cambio entrará en vigencia al comienzo del mes siguiente. Para obtener consejos útiles sobre cómo elegir un PCP y una lista de doctores en nuestra red, visite nuestro sitio web o acceda al portal para miembros en www.communityhealthchoice.org.

Ver a un Obstetra o Ginecólogo

No se necesita la autorización de Community para obtener una derivación de su PCP para consultar con un obstetra o ginecólogo (OB/GYN). Puede elegir uno de Nuestra red. Solo asegúrese de elegir alguien que se especialice en

obstetricia o ginecología.

Durante el transcurso del tratamiento, es posible que Su obstetra o ginecólogo deba obtener autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o seguir determinados procedimientos al derivarlo a Usted a alguien más para el tratamiento. Para obtener una lista de Proveedores Participantes que se especialicen en atención obstetricia o ginecológica, visite nuestro sitio web o nuestro portal para miembros en www.communityhealthchoice.org.

Además de un PCP, los afiliados pueden elegir un médico obstetra o ginecólogo para recibir servicios Medicamente Necesarios que estén dentro del alcance de la práctica del Médico sin necesitar primero una derivación de Su PCP.

Los siguientes tipos de Proveedores Participantes pueden actuar como PCP:

- Médicos de cualquiera de las siguientes áreas de práctica: Práctica general, práctica familiar, medicina interna o pediatría.
- Obstetras o ginecólogos que notifiquen al plan de salud que desean actuar como PCP para miembros seleccionados
- Otros Médicos de Atención Especializada que notifiquen al Plan de salud que desean actuar como PCP para Miembros seleccionados con enfermedades crónicas, incapacitantes o Potencialmente Mortales
- Centros de Salud Calificados por el Gobierno Federal (FQHC, Federally Qualified Health Centers), Clínicas Rurales de Salud (RHC, Rural Health Clinics) y clínicas comunitarias similares
- Enfermeros de práctica avanzada (APN, Advanced Practice Nurses) y Auxiliares Médicos (PA, Physician Assistants) que se encuentren prestando servicios bajo la supervisión de un Médico designado como PCP.

Si usted tiene una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede solicitar un médico especialista como su PCP a nuestro director médico. Puede hacer esta solicitud llamando a Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra en su Tarjeta de Identificación de Miembro. Si su solicitud es rechazada, tiene derecho a solicitar una revisión a través de nuestro proceso de quejas. Para obtener más información, consulte la disposición sobre apelaciones, quejas y revisión externa en la sección de disposiciones generales de este contrato.

Puede cambiar de PCP llamando a Nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Mientras tanto, su PCP actual continuará coordinando su cuidado médico. Para los miembros que seleccionan un PCP por primera vez, el cambio es efectivo el primero del mes siguiente. Usted debe ocuparse de transferir Sus archivos médicos y los de Sus Dependientes al nuevo PCP.

e. El Papel del PCP

Su PCP es responsable de brindarle atención médica primaria y ayudarlo a dirigir e iniciar derivaciones para la atención que Usted reciba de otros proveedores de atención médica, incluidos los Médicos de Atención Especializada.

f. Cuando No Hay un PCP Disponible

Cuando Su PCP no está disponible, puede recibir servicios del Proveedor Participante que Su PCP designe como reemplazante. Debe asegurarse de que el proveedor sea Médico o Proveedor Participante de la red específica de su plan a fin de evitar gastos de bolsillo adicionales. Asegúrese de acordar estas alternativas de reemplazo con Su PCP.

g. Visita a un Especialista

Todas las necesidades médicas se deben analizar con Su PCP. En la red de Community, se incluye una amplia gama de Médicos de Atención Especializada. Permitimos el acceso abierto a Médicos de Atención Especializada sin una derivación de un PCP o Nuestra autorización, siempre que se encuentren dentro de la red específica de Su plan. Si una Persona Cubierta y su PCP determinan que se necesita ver a un Médico de Atención Especializada, el PCP debe derivarlo a un Proveedor Participante.

Requerimos Autorización Previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que se indica en su Tarjeta de Identificación de Miembro si desea obtener una lista de los servicios que requieren Autorización Previa.

h. Obtención de Servicios de Atención Médica de Emergencia

Si usted necesita cuidado de emergencia:

1. Diríjase a la sala de emergencias del Hospital Participante más cercano.
2. Busque la sala de emergencias del Hospital más cercano si Su condición médica le impide ir a un Hospital de la red.

Usted, o alguien en Su nombre, debe llamarnos dentro de las 48 horas posteriores a Su ingreso en un Hospital no participante para recibir Atención Médica de Emergencia. Si Su condición médica le impide llamarnos dentro de las 48 horas posteriores a Su ingreso, comuníquese con Nosotros apenas su condición se lo permita. Podemos trasladarlo a un Hospital Participante dentro de nuestra Área de servicio cuando Su estado de salud se haya estabilizado. Debe ver a un Proveedor Participante para la atención de seguimiento. Si recibe servicios de emergencia en un Hospital no participante, pagaremos por esos servicios a la tarifa Usual y Habitual o a una tarifa convenida.

i. Solicitud de servicios de Atención Médica de Urgencia

Los pasos para recibir servicios de Atención Médica de Urgencia son los siguientes:

1. Comuníquese con Su PCP o con su reemplazo.
2. Si el Médico de Atención Primaria no está disponible, puede dirigirse a un Centro de Atención Médica de Urgencia que sea Proveedor Participante. Puede obtener los nombres de los Centros de Atención de Urgencia Participantes llamándonos o accediendo al Directorio de proveedores en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org.
3. Debe recibir todos los servicios posteriores a la visita al Centro de Atención Médica de Urgencia de parte de Su PCP o de un Proveedor Participante cuando sea atención de seguimiento.
4. Debe pagar el Copago requerido para Atención Médica de Urgencia.

j. Servicios de Telesalud

Servicios de telesalud para Gold HMO 001

Community ofrece servicios de telesalud para todos los miembros inscritos en los planes HMO Gold 001. A través de un proveedor de telesalud, Community ofrece acceso a atención médica de rutina a través de consultores telefónicos para síntomas de gripe y resfrío, infecciones respiratorias, problemas en los senos nasales, bronquitis, alergias, infecciones de oído, infecciones del tracto urinario, problemas de la piel, entre otros.

Usted debería utilizar los servicios de telesalud:

1. Si su PCP no está disponible
2. Si está considerando ir a una sala de emergencias o Centro de Atención Médica de Urgencia por un problema que no es de emergencia después de las 5 p. m.
3. Si se enferma cuando se encuentra fuera del Área de Servicio
4. Para obtener renovaciones de recetas o medicamentos recetados a corto plazo que no sean narcóticos, siempre que sea médicamente apropiado

k. Uso de Proveedores No Participantes

Si los Servicios Cubiertos no están disponibles a través de Médicos o Proveedores Participantes, a pedido de Su Médico o Proveedor Participante y dentro de los plazos adecuados dadas las circunstancias, pero en no más de cinco (5) días hábiles, permitiremos una derivación a un Médico o Proveedor No Participante y reembolsaremos el total de la tarifa Usual y Habitual o una tarifa convenida del Médico o Proveedor No Participante.

Antes de denegar una solicitud para ser derivado a un Proveedor No Participante, proporcionaremos una revisión de la solicitud por parte de un médico con la misma especialidad o una similar que el Proveedor No Participante para el que se solicita la derivación.

No todos los Profesionales de Atención Médica que proporcionan servicios en Hospitales participantes son Proveedores Participantes. Si los servicios son provistos por Proveedores No Participantes, entre los que se incluyen patólogos, anesthesiólogos, radiólogos y médicos de la sala de emergencias (médicos con base en el centro de salud) de un Hospital participante, pagaremos por esos servicios a la tarifa Usual y Habitual o a una tarifa convenida. Si usted recibe una factura de un Proveedor No Participante, comuníquese con nosotros al 1-855-315-5386.

La ley de Texas establece que, si los Servicios Cubiertos no están disponibles a través de Proveedores Participantes como se describe arriba, Usted solo debe pagar el Copago correspondiente o cualquier otro monto de bolsillo que pagaría si hubiera recibido servicios de Proveedores Participantes incluidos en la red de Community. Si usted recibe una factura de un Proveedor No Participante, comuníquese con nosotros al 1-855-315-5386 o bien al 713-295-6704.

Es Su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir servicios que no sean de emergencia. Debe verificar el estado de participación en la red solamente con Nosotros, ya sea llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su Tarjeta de identificación de miembro o visitando Nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org. No somos responsables de la exactitud o inexactitud de la información sobre la participación en la red que brinde un PCP, Médico de Atención Especializada, Hospital u otro Proveedor, tenga o no contrato con Nosotros. En otras palabras, si el Médico de Atención Primaria, el Médico de Atención Especializada u otro proveedor de la red recomienda servicios que brinda otra entidad, es Su responsabilidad verificar el estado de participación de esa entidad en la red antes de recibir esos servicios.

2. Administración de Utilización

a. Autorización previa

Autorización Previa se refiere a una determinación Nuestra de que los Servicios propuestos para una Persona Cubierta son Médicamente Necesarios y apropiados. Si hemos proporcionado una Autorización Previa, no reduciremos ni denegaremos el pago a un Médico o Proveedor basándonos en que los servicios son Médicamente Necesarios a menos que el Médico o Proveedor haya tergiversado sustancialmente los Servicios propuestos o no hubiera cumplido con la prestación. La Autorización Previa NO garantiza la cobertura ni el pago del servicio, ni del procedimiento o medicamento con Receta revisados. En el caso de medicamentos con Receta, la Autorización Previa es una confirmación de que la dosis, la cantidad y la duración son las adecuadas para la edad, el diagnóstico y el sexo de la Persona Cubierta. Para todos los demás procedimientos, solamente se trata de una confirmación de la necesidad médica o de la adecuación. La Autorización Previa no es una aseveración de que los servicios de atención médica están cubiertos o que el paciente es una Persona Cubierta.

Todos los beneficios pagaderos conforme a este Contrato deben ser por servicios o medicamentos con Receta Médicamente Necesarios o por Servicios Preventivos, como se establece en este Contrato. Requerimos Autorización Previa para determinados servicios y medicamentos con Receta. Visite Nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener una lista de los servicios que requieren Autorización Previa o el Formulario para medicamentos con receta que indica cuándo se necesita Autorización Previa para medicamentos con Receta. La lista de servicios y medicamentos con Receta que requieren Autorización Previa están sujetos a cambios. La cobertura que se otorgó en el pasado para servicios o medicamentos con Receta que no recibieron o no requirieron Autorización Previa no representan garantía de futura cobertura del mismo servicio o medicamento con Receta.

Usted es responsable de informar a su Médico o Proveedor acerca de los requisitos de Autorización Previa. Para solicitar la autorización apropiada, su Médico o Proveedor debe comunicarse con Nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar autorización se encuentra en Su Tarjeta de Identificación de Miembro. Los beneficios no son pagaderos por servicios o medicamentos con Receta que no sean Servicios Cubiertos.

Emitiremos una determinación sobre una solicitud de Autorización Previa en un plazo máximo de tres (3) días calendario desde la recepción de la solicitud. Si la Autorización Previa involucra atención médica en un Hospital en forma concurrente, emitiremos una determinación dentro de las veinticuatro (24) horas después de haber recibido la solicitud. Si la Autorización Previa involucra tratamiento de postestabilización o una condición potencialmente mortal, emitiremos una determinación dentro del plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la entrega de los servicios y las condiciones del afiliado, pero en ningún caso se excederá una hora a partir de haber recibido la solicitud. Su Médico o Proveedor puede solicitar la renovación de una solicitud de Autorización Previa existente 60 días antes de la fecha de vencimiento de la Autorización Previa. Si recibimos una solicitud de renovación de una Autorización Previa antes de que expire la Autorización Previa existente, revisaremos, si es posible, la solicitud y emitiremos una determinación antes de que expire la Autorización Previa existente.

b. Reducción del pago

Si no se comunica con nosotros para solicitar una Autorización Previa por servicios o suministros que requieren Autorización Previa, pero finalmente se determina que dichos servicios o suministros son Médicamente Necesarios, se pueden denegar los beneficios cubiertos por no obtener la Autorización Previa

3. Administración de Beneficios del Contrato

Pagaremos beneficios por los Servicios Cubiertos, tal como se establece en el Listado de Beneficios y en esta sección del Contrato, y conforme a las secciones Exclusiones generales y Exclusiones para medicamentos con Receta, además de toda enmienda y todo anexo que sea parte de Su Contrato y que pueda modificar Sus beneficios.

Si recibe Servicios no cubiertos, Usted es responsable de realizar el pago completo al Médico o Proveedor. El hecho de que un Médico o Proveedor haya prestado o recetado un servicio médicamente adecuado, o el hecho de que este servicio pudiera ser el único tratamiento disponible para una Lesión Física o Enfermedad, no significa que el servicio está cubierto conforme a este Contrato.

Usted debe pagar los Copagos directamente al Médico o Proveedor. Sus Copagos no deben exceder el 200 % de Su prima anual ni el 50 % de los costos totales del servicio en cualquier año calendario. Usted es responsable de demostrar que ha pagado estos Copagos y luego no será responsable de Copagos de Proveedores Participantes durante el resto del año. Una vez que haya alcanzado el Máximo de bolsillo, no será más responsable de los Copagos por los Proveedores Participantes para el resto del año del plan. No hay Copagos por Servicios Preventivos.

Una Persona Cubierta con Circunstancias Especiales puede ser elegible para continuar con los servicios de un proveedor rescindido a través de la continuidad del cuidado. Un proveedor rescindido es un Proveedor Participante cuyo Contrato ha finalizado o no ha sido renovado.

Todos los términos y disposiciones de este Contrato son aplicables a los Servicios cubiertos que hayan sido proporcionados durante el período de cuidado continuo por el proveedor rescindido.

La continuidad del cuidado no está disponible:

- a. Si el contrato del proveedor ha finalizado por razones de competencia médica o conducta profesional;
- b. 90 días después de la Fecha en que ha finalizado el contrato del proveedor; o
- c. Una vez vencido el período de nueve meses después de la Fecha en que finalizó el contrato del proveedor, si la Persona Cubierta fue diagnosticada con una enfermedad terminal en el momento de finalización del contrato.

Si una Persona Cubierta con Circunstancias Especiales ha pasado la semana 24 de embarazo en el momento de la finalización del contrato del proveedor, la continuidad del cuidado se extiende hasta el parto y es aplicable al cuidado de posparto inmediato y al chequeo de seguimiento dentro del período de seis semanas posteriores al parto.

Si se deniega una reclamación por ser Experimental o De Investigación, Usted tiene derecho a solicitar la revisión de la denegación por parte de una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información, consulte la disposición sobre Apelaciones, Quejas y Revisión externa en la sección de Disposiciones generales de este Contrato.

BENEFICIOS

Consulte las secciones Exclusiones generales y Exclusiones para medicamentos con Receta de este Contrato. Todos los términos y disposiciones de este Contrato, incluido el requisito de Autorización Previa especificado en el presente, son aplicables a los Servicios Cubiertos. El Costo Compartido y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio.

a. Lesión Cerebral Adquirida

La terapia y los servicios de rehabilitación y habilitación que sean Medicamente Necesarios para el tratamiento de una Lesión Cerebral Adquirida, tales como Terapia de Rehabilitación Cognitiva, Terapia de Comunicación Cognitiva, Terapia Neurocognitiva, Rehabilitación Neurocognitiva, Pruebas Neuroconductuales, Tratamiento Neuroconductual, Pruebas Neurofisiológicas, Tratamiento Neurofisiológico, Pruebas Neuropsicológicas, Tratamiento Neuropsicológico, Pruebas Psicofisiológicas y Tratamiento Psicofisiológico, Terapia de Retroalimentación Neurológica, Servicios de Recuperación y de Transición Posteriores a Cuadro Agudo, Servicios de Reintegración en la Comunidad, entre los que incluyen servicios ambulatorios de tratamiento de día u otros servicios de Tratamiento Posteriores a Cuadro Agudo, cuando tales servicios sean necesarios como resultado de una Lesión Cerebral Adquirida y en relación con tal lesión.

Gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención médica de una persona que:

1. ha sufrido una Lesión Cerebral Adquirida,
2. no ha respondido al tratamiento; y
3. responde al tratamiento en una fecha posterior.

La terapia y los servicios de rehabilitación y habilitación para una Lesión Cerebral Adquirida pueden suministrarse en un hospital, un hospital de rehabilitación de pacientes en estado agudo o posterior a cuadro agudo, un centro asistencial o cualquier otra instalación donde se puedan prestar servicios o terapias apropiadas.

Los objetivos de tratamiento de las terapias o los servicios relacionados con el tratamiento de una Lesión Cerebral Adquirida pueden incluir el mantenimiento de las funciones, la prevención de un deterioro mayor o el retraso de dicho deterioro.

En esta sección, "terapia" se refiere el tratamiento terapéutico previsto suministrado a través de la interacción directa con la persona para mejorar una condición patológica que es consecuencia de una Lesión Cerebral Adquirida y "servicio" se refiere a la tarea de realizar pruebas, tratamientos y terapias a una persona con una Lesión Cerebral Adquirida.

b. Trastorno del Espectro Autista

Servicios generalmente reconocidos que prescribe un PCP o Médicos de Atención Especializada de una Persona Cubierta en relación con el Trastorno del Espectro Autista dentro de un plan de tratamiento recomendado por ese médico.

Las personas que brindan el tratamiento prescrito bajo ese plan deben ser Profesionales de Atención Médica:

- que estén licenciados, certificados o registrados por una agencia apropiada del estado de Texas;
- cuyas credenciales profesionales son reconocidas y aceptadas por una agencia apropiada de los Estados Unidos
 - que estén certificados como proveedores bajo el sistema de salud militar TRICARE; o
 - individuos que actúen bajo la supervisión de un profesional de la salud

Para los propósitos de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

- evaluación y servicios de evaluación;
- análisis de comportamiento aplicado;

- entrenamiento y manejo de comportamiento;
- terapia del habla;
- terapia ocupacional;
- terapia física; o
- medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del Trastorno del Espectro Autista.

c. Servicios Dentales

Tratamiento limitado para una Lesión Dental en un Diente Natural Sano. La Persona Cubierta debe buscar tratamiento dentro de las 48 horas posteriores al momento del accidente o tras la fecha de vigencia de la cobertura, lo que sea posterior. Limitaremos los Servicios Cubiertos al servicio menos costoso que Nosotros determinemos que producirá resultados profesionalmente adecuados. El Costo Compartido y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio.

El plan también cubrirá servicios dentales necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito y cirugía bucal definida como procedimiento quirúrgico maxilofacial que se limitan a:

1. Remoción de neoplasmas relacionados no dentales, entre los que se incluyen tumores y quistes, y todos los bultos o lesiones malignos y premalignos
2. Incisión y drenaje de abscesos faciales
3. Procedimientos quirúrgicos que involucren las glándulas y los conductos salivales, y procedimientos relacionados no dentales de senos accesorios
4. Reducción de una dislocación o remoción e inyección de la articulación temporomandibular, excepto que esté excluido en este plan
5. Remoción de dientes completamente retenidos

d. Servicios de Diabetes

Los siguientes son servicios para una Persona Cubierta que padece diabetes:

1. Cuidado de rutina para los pies (consulte las Exclusiones en la Cláusula 4, número 25).
2. Capacitación y educación para el autocontrol como paciente ambulatorio, incluida la terapia nutricional médica recetada por un Profesional de Atención Médica para el tratamiento de:
 - a. Diabetes mellitus;
 - b. Diabetes gestacional;
 - c. Insulinodependiente o no insulinodependiente y
 - d. Afecciones médicas relacionadas con niveles elevados de azúcar en sangre.

Los equipos y suministros para la diabetes están cubiertos en virtud de la disposición para Equipos Médicos Duraderos y Suministros Médicos. Los medicamentos con Receta para el tratamiento de la diabetes están cubiertos en virtud de la disposición Medicamentos con Receta.

e. Equipos Médicos Duraderos y Suministros Médicos

Equipos o dispositivos diseñados específicamente para la atención y el tratamiento de una Lesión Física o Enfermedad:

1. Silla de ruedas no motorizada.
2. Cama de hospital.

3. Respirador.
4. Oxígeno y alquiler de equipos para su administración.
5. Dispositivos o suministros protésicos y ortopédicos iniciales, entre los que se incluyen extremidades y ojos. El beneficio se limita al modelo más apropiado de prótesis o dispositivo ortopédico que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas de la Persona Cubierta según lo determine el médico, podólogo y especialista en prótesis u ortopedista que esté tratando a la Persona Cubierta. El reemplazo o la reparación de dispositivos protésicos y ortopédicos es un gasto cubierto, excepto que la reparación o el reemplazo se deba al uso incorrecto o a la pérdida del producto.
6. Servicios relacionados con el ajuste y el uso de aparatos protésicos y ortopédicos.
7. Yesos, férulas (que no sean dentales), armazones, tensores (que no sean de ortodoncia) y muletas.
8. Pelucas estándares después de un tratamiento de cáncer (máximo una por vida). El miembro debe pagar un coseguro del 50 % y Community cubrirá un máximo de \$250.
9. Los siguientes suministros especiales, cuando sean prescritos por un Profesional de Atención Médica:
 - a. Vendajes quirúrgicos;
 - b. Catéteres;
 - c. Bolsa de colostomía con anillos y correas;
 - d. Almohadillas de flotación;
10. Equipos y suministros para diabéticos.
11. Fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias en la misma medida que están cubiertas para medicamentos con Receta.
12. Fórmulas elementales basadas en aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula, utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de:
 - a. Alergias, mediadas o no por inmunoglobulina E, a proteínas de múltiples alimentos;
 - b. Síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias;
 - c. Trastornos eosinofílicos, tal como lo indican los resultados de una biopsia; y
 - d. Trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.
13. Audífonos para cada oído, cada tres años, y suministros para una Persona Cubierta, incluidos los servicios de ajuste y administración, y la provisión de moldes para la oreja según sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los audífonos.
14. Un implante coclear para cada oído para una Persona Cubierta, más un procesador y controlador externo del habla con las piezas de reemplazo de componentes necesarias según sean médica o audiológicamente necesario cada tres años.
15. Otro Equipo Médico Duradero. Visite nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org o llame a la línea telefónica de Servicios para Miembros en Su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener una lista de un Equipo Médico Duradero; y los Costos de estos artículos se limitarán al menor del costo de alquiler o el precio de compra. Si Nosotros determinamos que el costo más bajo es la opción de compra, todo importe que se pague para el alquiler de dicho Equipo Médico Duradero se contará como parte del precio de compra.

Si el equipo o aparato incluye artículos de confort o comodidad, o funciones que superen lo que se considera Médicamente Necesario, Nosotros no pagaremos más de lo que sea Médicamente Necesario. Si la persona cubierta elige mejorar el equipo o aparato, esta será responsable de cubrir la diferencia de precio entre el costo del artículo estándar y el costo del artículo más sofisticado.

Por ejemplo, el reembolso de una silla de ruedas con motor se limitará al reembolso de una silla de ruedas estándar, cuando una silla de ruedas estándar es todo lo que resulta Médicamente Necesario.

No se otorgarán beneficios por alquileres dobles o similares de Equipos Médicos Duraderos.

f. Servicios de Emergencia

Servicios Cubiertos para Atención Médica de Emergencia en la instalación de emergencia de un hospital, en un centro privado de atención médica de emergencia; o en una Instalación de Emergencia Similar. Nosotros pagaremos a los Médicos y Proveedores No Participantes la tarifa Usual y Habitual o una tarifa convenida. La Ley de Texas establece que, si Usted recibe Servicios Cubiertos por Atención Médica de Emergencia, solamente es responsable de cualquier Copago aplicable u otro gasto de bolsillo que usted hubiera pagado de haber recibido Atención Médica de Emergencia de un Proveedor Participante. Si usted recibe una factura de un Proveedor No Participante por Atención Médica de Emergencia, comuníquese con nosotros al 1-855-5386. A excepción de la Atención Médica de Emergencia, los Servicios Cubiertos solo están disponibles dentro del Área de Servicio.

g. Servicios en Centros de Tratamiento Médico

1. Habitación y comida diariamente, y atención general de enfermería como máximo a la tarifa de habitación semiprivada por cada día de Hospitalización, entre lo que se incluye lo siguiente:
 - a. un mínimo de 48 horas después de una mastectomía y 24 horas después de una extracción de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama, a menos que Usted y Su médico tratante consideren apropiado un periodo más corto.
 - b. un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de una cesárea sin complicaciones;
2. Hospitalización en una unidad de cuidados críticos o en una unidad de cuidados intensivos, y los servicios relacionados.
3. Uso de quirófano e instalaciones relacionadas.
4. Servicios complementarios.
5. Sangre, incluido el costo de sangre, plasma sanguíneo y expansores del plasma, que no son del miembro ni para este, y la administración de sangre y plasma sanguíneo.
6. Otros costos del Centro de Tratamiento Médico.
7. Medicamentos, medicinas y productos biológicos que se suministren o administren a la Persona Cubierta mientras esté Hospitalizada en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada.
8. Tratamiento planificado periódicamente, como por ejemplo diálisis, quimioterapia, inhaloterapia o radioterapia en un Centro de Tratamiento Médico tal como lo ordene el Profesional de Atención Médica de la Persona Cubierta.
9. Servicios para Pacientes Ambulatorios en un Hospital o Centro Quirúrgico Independiente.
10. Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en una instalación de cuidados intensivos en un Hospital.
11. Análisis de laboratorio, servicios patológicos y otras pruebas de diagnóstico.
12. Comidas y dietas especiales cuando sea Médicamente Necesario.
13. Atención de enfermería particular como paciente internado cuando sea Médicamente Necesario.
14. Atención de enfermería especial cuando sea Médicamente Necesario.
15. Servicios de anestesia y oxígeno.
16. Servicios de radiografías.

h. Servicios de Profesionales de Atención Médica

1. Visitas a Profesionales de Atención Médica.
2. Laboratorio de diagnóstico y pruebas radiológicas.
3. Atención médica de seguimiento después del diagnóstico relacionada con un problema auditivo en un niño Dependiente desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad.
4. Segunda opinión respecto de una cirugía.
5. Cirugía.
6. Servicios de un asistente o ayudante quirúrgico.
7. Servicios de un asistente médico (PA), enfermero registrado (RN, Registered Nurse) o un técnico de quirófano certificado cuando sea Médicamente Necesario.
8. Anestesia administrada por un Profesional de Atención Médica o asistente anestesista registrado certificado en una Cirugía.
9. Servicios de un patólogo.
10. Servicios de un radiólogo.
11. Servicios relacionados con la administración de fórmulas elementales a base de aminoácidos, como se establece en la disposición de Medicamentos con Receta.
12. Inyecciones e inyecciones para alergias, pruebas y suero.
13. Asesoramiento nutricional.
14. Servicios médicos de telemedicina o servicios de Telesalud.

La visita al consultorio de un Profesional de Atención Médica incluye, entre otros, los siguientes servicios:

1. Recopilación de datos clínicos
2. Examinación
3. Diagnóstico o decisión médica y el tratamiento correspondiente
4. Administración de inyecciones para la alergia y otras
5. Laboratorio de diagnóstico y pruebas radiológicas

i. Atención Médica a Domicilio

Servicios proporcionados por una Agencia de Atención Médica a Domicilio en el domicilio de la Persona Cubierta. Los servicios de atención médica a domicilio están sujetos a las pautas de autorización. Todos los servicios de atención médica a domicilio se deben prestar a tiempo parcial o de manera intermitente en conjunto con un plan de atención médica a domicilio.

No se otorgarán beneficios para lo siguiente:

1. Gastos por tiempo insumido en el viaje de ida y de vuelta al domicilio de la Persona Cubierta
2. Diferenciales de salarios o turnos para un representante de una Agencia de Atención Médica a Domicilio
3. Honorarios por supervisión de agencias de atención médica a domicilio.
4. Cuidado de Custodia, y

5. Suministro o administración de Medicamentos Inyectables Autoadministrados que el miembro puede administrarse por sí mismo

j. Cuidado de Hospicio

Servicios Cubiertos proporcionados a través de un Programa de Cuidado de Hospicio en un Centro o en el domicilio de la Persona Cubierta por una Agencia de Cuidado de Hospicio. Un Profesional de Atención Médica debe certificar que la Persona Cubierta tiene una enfermedad terminal.

1. Habitación y comida en un Centro de Cuidado de Hospicio.
2. Atención de enfermería de tiempo parcial proporcionada o supervisada por un Enfermero durante hasta ocho horas por día.
3. Asesoramiento de hospicio para el Paciente de Hospicio a cargo de un trabajador social clínico autorizado o asesor pastoral.
4. Servicios sociales médicos para la Persona Cubierta con enfermedad terminal, entre los que se incluyen:
 - a. evaluación de las necesidades sociales, emocionales y médicas, y de la situación del hogar y la familia; e
 - b. identificación de recursos comunitarios disponibles.
5. Orientación psicológica y nutricional.
6. Servicios de asistencia sanitaria domiciliaria de tiempo parcial por hasta ocho horas en cualquier día.
7. Suministros médicos, medicamentos y medicinas recetados por un Profesional de Atención Médica para Cuidados Paliativos.

No se otorgarán beneficios para lo siguiente:

1. Preparativos funerarios.
2. Asesoramiento financiero o legal, como la planificación de la sucesión o la redacción de un testamento.
3. Servicios domésticos o de cuidado, entre los que se incluyen:
 - a. Servicios de cuidado o de compañía;
 - b. Limpieza del hogar;
 - c. Mantenimiento del hogar; y
4. Servicios de un trabajador social que no sea un trabajador social clínico autorizado.
5. Servicios de un asesor pastoral autorizado para un miembro de su congregación. Estos servicios se corresponden con los deberes por los cuales esta persona se denomina pastor o ministro.
6. Cuidado de relevo.

k. Salud Mental

Los Servicios para Salud Mental se proporcionan conforme a los mismos términos y condiciones que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos.

Servicios Cubiertos proporcionados por:

1. Profesionales de Atención Médica
2. Hospital
3. Centros de Tratamiento Médico

Servicios Cubiertos de Atención de Salud Mental de Pacientes Internados para:

1. Servicios destinados a Pacientes Internados, incluidos habitación y comida
2. Visitas a Profesionales de Atención Médica

Atención de Salud Mental Cubierta para Pacientes Ambulatorios y servicios en consultorio de Salud Mental en razón de:

1. Exámenes o consultas, entre los que se incluyen análisis de laboratorio y radiografías
2. Terapia

Servicios adicionales cubiertos para Salud Mental:

1. Un programa de Hospitalización parcial
2. Un Centro de Tratamiento Residencial

No se otorgarán beneficios para lo siguiente:

1. Un hogar de medio camino

I. Atención por Maternidad y Servicios para Recién Nacidos

Servicios prenatales, de parto y hospitalización de Atención por Maternidad y Atención de posparto. Los Servicios Cubiertos para un recién nacido Dependiente cubierto incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Lesión Física o Enfermedad
2. Atención y tratamiento por parto prematuro
3. Defectos y anomalías de nacimiento con diagnóstico médico

Los defectos congénitos se tratarán de la misma manera que cualquier otra Lesión Física o Enfermedad para la cual se prestan Servicios Cubiertos.

Si Usted o Su recién nacido reciben el alta de la hospitalización antes de haber transcurrido como mínimo 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de una cesárea sin complicaciones, los Servicios Cubiertos incluyen los servicios ambulatorios de posparto.

La atención de posparto incluye evaluaciones físicas de la madre y del bebé (evaluaciones físicas realizadas a Usted y a Su bebé recién nacido), administración de la prueba de detección para recién nacidos, kit de prueba de detección para recién nacidos, educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia y alimentación por biberón. La consulta ambulatoria de posparto se puede proporcionar en el hogar de la madre, el consultorio del proveedor de atención médica o un centro de atención médica. Un Médico, enfermero registrado u otro profesional de atención médica autorizado puede proporcionar los servicios. Esta visita se suma a Su cobertura para atención médica obstétrica de posparto en forma ambulatoria.

m. Terapias para Pacientes Ambulatorios

Servicios Ambulatorios de Rehabilitación y Habilidad ordenados y prestados por un Profesional de la Salud:

1. Servicios para:
 - a. Pérdida documentada de la función física;
 - b. Dolor;
 - c. Defecto del desarrollo; o
 - d. Retraso del desarrollo.

2. Servicios de fisioterapia
3. Servicios de terapia ocupacional
4. Servicios quiroprácticos, como manipulaciones de la columna, ajustes y modalidades
5. Servicios de terapia del habla o patología del habla
6. Servicios de rehabilitación cognitiva
7. Servicios de audiología
8. Tratamiento relacionado con audífonos o implantes cocleares, incluida la habilitación y rehabilitación que sea Médicamente Necesaria por sus beneficios educativos
9. Servicios de radioterapia
10. Quimioterapia
11. Servicios de terapia respiratoria o pulmonar
12. Servicios de Rehabilitación Cardíaca
13. Asesoramiento nutricional para un hijo con retraso en el desarrollo

Los Servicios Cubiertos incluyen terapias que conducen a una mejor práctica del nivel de funcionamiento dentro de un período de tiempo razonable y que no se consideran Cuidado de Mantenimiento. Si el Profesional de Atención Médica determina que son Médicamente Necesarios, los servicios de terapia para una Persona Cubierta que tiene una discapacidad física no se considerarán Cuidado de Mantenimiento. Estos servicios terapéuticos se proporcionan independientemente de si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

Los servicios terapéuticos para un niño dependiente con un retraso del desarrollo deben prestarse de acuerdo con un plan familiar de servicios individualizados emitido por el Consejo Interinstitucional sobre Intervención en la Primera Infancia (Interagency Council on Early Childhood Intervention) de conformidad con el Capítulo 73 del Código de Recursos Humanos de Texas (Texas Human Resources Code).

Los servicios terapéuticos prestados durante una Visita de Atención Médica a Domicilio están cubiertos de conformidad con la disposición de Atención Médica a Domicilio.

n. Medicamentos con Receta

Cualquier pago conforme a esta disposición que se aplica a los Beneficios máximos de gastos de bolsillo de la persona cubierta puede estar sujeto a los Límites de Suministro, Autorización Previa o requisitos de Terapia Escalonada, si corresponde.

Si el cargo de la Farmacia proveedora es menor que el Costo Compartido, la Persona Cubierta será responsable del monto inferior.

Es posible que el monto que pagamos a la Farmacia proveedora no refleje el costo final del medicamento para Nosotros. Los Copagos de Medicamentos con Receta se hacen por Receta o por renovación y no se ajustarán si recibimos descuentos retrospectivos por volumen o reembolsos de Medicamentos con Receta.

Algunas farmacias minoristas participan en Nuestro programa de surtido de 90 días, que permite que una Persona Cubierta reciba un suministro de 90 días de una Receta o surtido de medicamentos de mantenimiento elegibles. El costo es 2.5 veces el Copago aplicable, tal como se muestra en el Programa de Beneficios. Los Medicamentos Especializados o los Medicamentos Inyectables Autoadministrados están limitados a un suministro máximo de 30 días.

La división de tabletas es un programa voluntario en el que podemos designar determinados Medicamentos de la Lista para que el miembro pueda dividir la tableta de una dosis más concentrada en su hogar. Conforme a este programa, el miembro recibe la mitad de la cantidad habitual para un suministro de 30 días; por ejemplo, 15 tabletas para un suministro de 30 días. Los participantes que utilicen la división de tabletas pagarán la mitad del monto normal del Copago.

Debemos ser notificados de cualquier Costo Compartido aplicable a la reclamación de una Persona Cubierta que sea desestimada por la Farmacia. Todo monto desestimado de este modo y no pagado por la Persona Cubierta no se aplicará a ningún monto Máximo de Gastos de Bolsillo para Medicamentos con Receta.

Podemos autorizar la sincronización de renovaciones para Medicamentos con Receta de mantenimiento y el prorrateo del Costo Compartido para un suministro parcial de ciertos Medicamentos con Receta.

En el caso de las gotas oftálmicas con receta, se permitirá una renovación si la Persona Cubierta paga en forma oportuna en el punto de venta y la receta original indica que se necesitan cantidades adicionales de gotas oftálmicas, si la renovación no supera la cantidad total de unidades de dosis autorizada por el Médico o Proveedor que realiza la receta, incluidas las renovaciones, y si la renovación antes del último día del período de dosis prescrita pero no antes del día 21 después de la fecha en que se dispensa la receta para un suministro de gotas oftálmicas por 30 días, no antes del día 42 después de la fecha en que se dispensa la receta para un suministro de gotas oftálmicas para 60 días, o no antes del día 63 después de la fecha en que se dispensa la receta para un suministro de gotas oftálmicas para 90 días.

Los miembros que soliciten medicamentos de un nivel superior o medicamentos de marca cuando se encuentre disponible un producto genérico equivalente y el médico no haya recetado específicamente el medicamento solicitado serán responsables por el monto más alto del costo compartido de dicho medicamento más cualquier diferencia de costo. Si el medicamento de marca se encuentra en el mismo nivel que el equivalente genérico, los miembros son responsables del monto del costo compartido más cualquier diferencia en el costo. La diferencia de costo no se aplica al monto máximo de gastos de bolsillo. Los médicos que recetan un medicamento de nivel superior o un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible deben solicitar una Autorización Previa a través de nuestro PBM (administración de beneficios de farmacia), Navitus. Ciertos medicamentos genéricos de costo más alto pueden estar incluidos en un nivel superior y, por lo tanto, tener un copago más alto.

El programa de farmacia especializada es parte de Su beneficio de farmacia y es obligatorio, después de dispensar Su primera receta en una farmacia minorista, para todas las recetas de medicamentos específicos que cumplan los siguientes criterios. Permitiremos que los afiliados accedan a beneficios de medicamentos con receta en las farmacias minoristas dentro de la red, excepto que:

1. El medicamento esté sujeto a una distribución restringida por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos; o
2. El medicamento requiere manejo especial, coordinación del proveedor o educación del paciente que no pueden ser proporcionados por una farmacia minorista.

Es posible que cobremos a los afiliados un monto de costo compartido diferente para obtener un medicamento cubierto en una farmacia minorista, pero todos los costos compartidos se considerarán para la limitación anual del plan sobre costo compartido.

Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente de Navitus al 866-333-2757 También puede acceder al manual de farmacia en línea en www.communityhealthchoice.org. Navitus SpecialtyRx trabaja con una farmacia especializada para ofrecer servicios con el más alto nivel de atención. Si desea utilizar una Farmacia Especializada alternativa, comuníquese con Servicio al Cliente de Navitus al 1-866-333-2757. Con Navitus SpecialtyRx, la entrega de sus medicamentos específicos es sin cargo, y los enviamos directamente a su puerta o al consultorio de su médico prescriptor a través de FedEx. El servicio de mensajería local está disponible para necesidades de medicación de emergencia para el mismo día. Para comenzar a utilizar Navitus SpecialtyRx, llame sin cargo al 1-855-847-3553. Nos coordinaremos con el profesional de la salud para sus recetas actuales o futuras de medicamentos especializados.

Los Medicamentos con Receta cubiertos son:

1. Medicamentos, medicinas o medicaciones, y los servicios necesarios relacionados con la administración de esos medicamentos, medicinas o medicaciones, recetados para tratar una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, que:
 - a. hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para al menos una indicación y

- b. sean reconocidos por los siguientes con el objetivo de tratar la indicación para la que se receta el medicamento:
- (1) un compendio de referencia de medicamentos con receta aprobado por el Departamento de Seguros, o
 - (2) literatura médica de amplia aceptación y arbitrada por profesionales.
2. Los medicamentos, medicinas o medicaciones que según la ley Federal o estatal pueden dispensarse solo con Receta de un Profesional de Cuidado de la Salud.
 3. Medicamentos, medicinas o medicaciones incluidos en el Formulario de Medicamentos.
 4. Insulina y Suministros para la Diabetes incluidos en el Formulario de Medicamentos.
 5. Agujas o jeringas hipodérmicas cuando son recetadas por un Profesionales de Atención Médica para usar con insulina o Medicamentos Inyectables Autoadministrados incluidos en el Formulario de Medicamentos. Las agujas hipodérmicas y las jeringas usadas junto con los medicamentos cubiertos pueden estar disponibles sin costo para la Persona Cubierta.
 6. Agujas hipodérmicas, jeringas u otros métodos de administración necesarios para la administración de un Medicamento Específico, si se incluyen con el cargo por el Medicamento Específico. Las Personas Cubiertas pueden disponer sin costo de ellos.
 7. Los medicamentos específicos y Medicamentos Inyectables Autoadministrados que estén incluidos en el Formulario de Medicamentos aprobado por Nosotros tienen un límite de suministro para 30 días, a menos que determinemos otra cosa.
 8. Medicamentos, medicinas o medicaciones requeridos de conformidad con lo establecido en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, con una receta de un Profesional de Atención Médica.
 9. Medicación oncológica recetada, administrada por vía oral, que se utilice para eliminar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas.
 10. Separadores y/o medidores de flujo máximo para el tratamiento del asma; y
 11. Fórmulas enterales y suplementos nutricionales necesarios para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias.

Los medicamentos, medicinas y medicaciones que se recetan más frecuentemente y que cubrimos se especifican en nuestro Formulario de Medicamentos Cubiertos. El Formulario de Medicamentos identifica las categorías de medicamentos, medicinas o medicaciones por niveles. También indica los Límites de Entrega y toda autorización previa aplicable o requisitos de Terapia Escalonada. Un comité de Farmacia y Terapéutica integrado por médicos y Farmacéuticos analiza regularmente esta información. La asignación en el Formulario de Medicamentos no garantiza que Su Profesional de Atención Médica le indique ese Medicamento, medicina o medicación con Receta para una condición médica o de Salud Mental específica.

Puede obtener una copia de Nuestro Formulario de Medicamentos en el sitio web de Navitus www.navitus.com o llamando al teléfono de Servicios para Miembros de Navitus que encontrará en Su Tarjeta de Identificación de Miembro. Si un determinado medicamento o medicación no se incluye en el Formulario de Medicamentos, puede comunicarse con Nosotros por teléfono o por escrito y solicitar que determinemos si un medicamento específico está incluido o no en Nuestro Formulario de Medicamentos. Responderemos Su solicitud dentro de los tres días hábiles posteriores a recibirla.

Si un medicamento, medicina o medicación específico no aparece en el Formulario de Medicamentos (o lo cubrimos de algún otro modo), una Persona Cubierta o la persona designada por la Persona Cubierta o un médico que lo receta pueden solicitar una excepción oralmente o por escrito. Responderemos Su solicitud dentro de las 72 horas de recibirla. Para circunstancias apremiantes disponemos de revisiones abreviadas. Por ejemplo, si una Persona Cubierta padece una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, o cuando una Persona Cubierta está actualmente recibiendo tratamiento con un medicamento que no se incluye en el Formulario de Medicamentos. Responderemos a una revisión abreviada en función de las circunstancias apremiantes y notificaremos a la Persona Cubierta o a la persona designada y al médico prescriptor dentro de las 24 horas de recibir la solicitud.

El Médico o Proveedor prescriptor, en nombre de una Persona cubierta, puede presentar una solicitud de excepción a un requisito de Terapia Escalonada. Puede encontrar información adicional en nuestro sitio web en www.

communityhealthchoice.org. Si no rechazamos una solicitud de excepción antes de las 72 horas de presentar una solicitud, dicha solicitud se considera otorgada. Si el Médico o Proveedor prescriptor indica en la solicitud que considera razonablemente que el rechazo de la solicitud hace probable la muerte o un perjuicio grave a la Persona Cubierta, si no rechazamos una solicitud de excepción antes de las 24 horas de presentada, dicha solicitud se considera otorgada.

Si no aprobamos una solicitud de excepción para una receta, Usted tiene derecho a apelar esa decisión. Por favor consulte la Sección 9, Disposiciones generales, Subsección a, Derechos de apelaciones, quejas y revisión externa. Además, el plan proporcionará cobertura del medicamento no incluido en el Formulario de Medicamentos durante la vigencia de las condiciones apremiantes.

La Terapia Escalonada no se requiere para medicamentos recetados asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o afecciones asociadas. Esta excepción se aplica solo a un medicamento recetado, cuyo uso es: (1) consistente con las mejores prácticas para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o una afección asociada; (2) respaldado por literatura arbitrada, basada en evidencia revisada ; y (3) aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos

Los médicos que recetan un medicamento de nivel superior o un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible deben solicitar una Autorización Previa a través de nuestro PBM (administración de beneficios de farmacia). Ciertos medicamentos genéricos de costo más alto pueden estar incluidos en un nivel superior y, por lo tanto, tener un copago más alto.

La cobertura de Medicamentos con Receta está sujeta a cambios. De acuerdo a lo establecido en la ley estatal, se requiere una notificación anticipada por escrito para las siguientes modificaciones que afectan la cobertura de Medicamentos con Receta:

1. eliminación de un medicamento del Formulario de Medicamentos;
2. requisito de que Usted reciba autorización previa para un medicamento;
3. imposición o alteración de límite de cantidad impuesto;
4. imposición de una restricción de terapia escalonada;
5. traslado de un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, a menos que haya disponible una alternativa genérica de dicho medicamento.

Solo implementaremos este tipo de cambios en la cobertura de Medicamentos con Receta al renovar el Contrato. Le enviaremos una notificación por escrito no menos de 60 días antes de la Fecha de Vigencia del cambio.

o. Servicios de Cuidado Preventivo

Servicios para el cuidado de niños y adultos sanos Servicios Preventivos recomendados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, Health and Human Services) o según lo ordenado por el Estado en la fecha en que se incurre en el servicio. No incluye la Atención de Rutina de la Sala de Recién Nacidos.

Para obtener información acerca de los Servicios Preventivos correspondientes según su Contrato, consulte el sitio web de HHS en www.HHS.gov o llame al número de teléfono de Servicios para Miembros de Community indicado en el reverso de Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

No se aplica requisitos de Copago a los Servicios Preventivos. El diagnóstico y el tratamiento para servicios que no son preventivos durante una visita de cuidado preventivo están sujetos a Copagos.

Los Servicios Cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Visitas al consultorio de un Profesional de Atención Médica para un examen físico anual o de rutina para detectar o prevenir Enfermedades.
2. Servicios de radiología, laboratorio o endoscopia para detectar o prevenir Enfermedades relacionadas con el examen anual o de rutina.
3. Mamografía de rutina y Mamografía de Diagnóstico (por todas las formas de Mamografía de Dosis Baja). Para

mamografías de rutina cada 1 año para una Persona Cubierta de sexo femenino de 35 años o más cada 1 año para una Persona Cubierta de sexo femenino de 35 años o más;

4. Un examen diagnóstico anual médicamente reconocido para una Persona Cubierta de sexo femenino de 18 años o más para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y de ovario en conformidad con las pautas adoptadas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos u otra organización nacional similar de profesionales médicos reconocidos por el Comisionado. Los requisitos mínimos para el examen diagnóstico de detección del virus del papiloma humano incluyen una prueba de Papanicolaou convencional y un análisis de sangre CA 125, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
5. Un examen anual de detección de cáncer de próstata, que incluye una prueba de Antígeno Prostático Específico (PSA, Prostate Specific Antigen) para una Persona Cubierta de 40 años o más.
6. Un examen médicamente reconocido destinado a la detección del cáncer colorrectal para una Persona Cubierta con riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Los Servicios Cubiertos incluyen:
 - a. Un análisis anual de sangre oculta en materia fecal;
 - b. Una prueba anual de ADN en heces;
 - c. Una sigmoidoscopia flexible cada cinco años;
 - d. Una colonoscopia cada 10 años para una colonoscopia por tomografía computarizada (TC) (colonoscopia virtual), una vez cada 5 años si la colonoscopia estándar está contraindicada o falla;
7. Pruebas de detección no invasivas de aterosclerosis y anomalía estructural y funcional de arterias para una Persona Cubierta que sea:
 - a. Un hombre de entre 45 y 76 años de edad; o
 - b. Una mujer de entre 55 y 76 años de edad; y
 - i. es diabética; o
 - ii. tiene riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca según un puntaje intermedio o superior del algoritmo de predicción coronaria del Estudio de Salud Framingham.

Entre los Servicios Cubiertos, se incluye uno de los siguientes exámenes de detección cada cinco años:

- a. Una tomografía computarizada (TC) para medir la calcificación de las arterias coronarias; o
 - b. Una ultrasonografía o ecografía para medir el grosor íntima-media carotídeo y placa;
8. Vacunas de rutina (la prueba tuberculínica y las inyecciones para la desensibilización de alergias no se consideran vacunas de rutina).
 9. Vacunas contra la gripe y la neumonía.
 10. Prueba de detección de Abuso de alcohol y asesoramiento.
 11. Evaluación de la presión arterial en adultos.
 12. Examen de detección de Diabetes tipo 2 en adultos con hipertensión.
 13. Asesoramiento nutricional para adultos con mayor riesgo de desarrollar una enfermedad crónica.
 14. Examen de detección de depresión en adultos.
 15. Prueba de detección de VIH para todos los adultos con mayor riesgo.
 17. Asesoramiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para adultos.

18. Examen de detección de consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar dirigidas a consumidores de tabaco.
19. Prueba de detección de sífilis para todos los adultos en ;
20. Examen de rutina para la detección de anemia en embarazadas.
21. Examen de detección de bacteriuria en las vías urinarias u otras infecciones en embarazadas.
22. Asesoramiento respecto de la prueba genética BRCA para mujeres con mayor riesgo.
23. Quimioprofilaxis de cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.
24. Apoyo y asesoramiento integral sobre lactancia brindado por proveedores capacitados, además de acceso a suministros de ayuda a la lactancia, para embarazadas y mujeres que amamantan.
25. Examen de detección de cáncer de cuello de útero para mujeres sexualmente activas.
26. Examen de detección de infecciones por clamidia.
27. Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento de pacientes, excepto medicamentos abortivos
28. Detección de violencia doméstica e interpersonal y asesoramiento para todas las mujeres.
29. Suplementos de ácido fólico para mujeres con posibilidad de embarazarse.
30. Detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 y 28 semanas de embarazo y para aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional.
31. Prueba de detección de gonorrea para todas las mujeres.
32. Prueba de detección de la hepatitis B para todas las embarazadas en su primera visita prenatal.
33. Prueba de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y asesoramiento para mujeres sexualmente activas.
34. Prueba de ADN del Virus del Papiloma Humano (HPV, Human Papillomavirus): prueba de ADN para detección de HPV de alto riesgo cada tres años en mujeres con resultados citológicos normales y con 30 años de edad o más.
35. Examen de detección de la osteoporosis en mujeres según factores de riesgo.
36. Examen de detección de incompatibilidad de Rh en todas las embarazadas y pruebas de seguimiento para las mujeres con mayor riesgo.
37. Detección de consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, con ampliación de la orientación para embarazadas que sean fumadoras.
40. Visitas de rutina para mujeres con el fin de obtener servicios preventivos recomendados.
41. Pruebas de Alcohol y Drogas para adolescentes.
42. Pruebas de detección de autismo para niños de entre 18 y 24 meses.
43. Evaluaciones de comportamiento para niños de todas las edades.
44. Evaluación de la Presión Arterial en niños.
45. Examen de detección de Displasia Cervical para mujeres sexualmente activas.
46. Examen de detección de Hipotiroidismo Congénito para recién nacidos.
47. Examen de detección de depresión para adolescentes.

48. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años y controles durante la infancia.
49. Pruebas de detección de dislipidemias para niños con riesgo más elevado de trastornos lipídicos.
50. Suplementos de Quimioprevención con Fluoruro para niños que no tienen fluoruro en sus fuentes de agua.
51. Medicación preventiva de gonorrea para ojos de todos los recién nacidos.
52. Prueba de audiometría para un niño Dependiente desde el nacimiento hasta los 30 días de edad.
53. Mediciones de Altura, Peso e Índice de Masa Corporal para niños.
54. Examen de Hematocrito y Hemoglobina para niños.
55. Examen de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos.
56. Prueba de detección de VIH para todos adolescentes con mayor riesgo.
57. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años (las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían).
58. Suplementos de hierro para niños desde los 6 hasta los 12 meses para tratar la anemia.
59. Estudio de detección del nivel de plomo para niños con riesgo de exposición.
60. Recopilación de Datos Clínicos relevantes respecto de todos los niños durante su desarrollo.
61. Examen de obesidad y asesoramiento.
62. Evaluación de la Salud Bucal para niños pequeños.
63. Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU, phenylketonuria) para este trastorno genético en recién nacidos.
64. Asesoramiento para la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y exámenes de detección para adolescentes.
65. Prueba de tuberculosis para niños con riesgo más alto de tuberculosis.
66. Examen de visión y de audición para niños de hasta 18 años.

p. Cirugía Reconstructiva

Otorgaremos beneficios por Servicios Cubiertos de Cirugía Reconstructiva respecto de lo siguiente:

1. Para restaurar funciones en condiciones médicas que sean consecuencia de una Lesión Física.
2. Que sean incidentales o inmediatas a una Cirugía cubierta consecuencia de una Enfermedad o una Lesión Física de la parte involucrada si se produjera trauma, infección u otra enfermedad.
3. Después de una mastectomía Medicamente Necesaria. La Cirugía Reconstructiva incluye todas las etapas y revisiones de la reconstrucción de la mama donde se haya practicado la mastectomía, la reconstrucción de la otra mama para establecer simetría, prótesis y complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
4. Cirugía Reconstructiva para Anormalidades Craneofaciales.
5. A causa de una Enfermedad o anomalía congénita de un miembro para mejorar la función o para intentar crear una apariencia normal de la estructura física anormal.

No hay beneficios disponibles para una Cirugía o un tratamiento que tenga por objetivo cambiar la textura o la apariencia de la piel o modificar el tamaño, la forma o la apariencia de rasgos faciales o corporales (entre lo que se incluye, entre otras cosas, la nariz, los ojos, las orejas, las mejillas, el mentón, el pecho o las mamas de una Persona Cubierta).

Excepto que este Contrato disponga algo en contrario, los servicios Estéticos y los servicios por complicaciones de servicios estéticos no están cubiertos, independientemente de si la Cirugía inicial tuvo lugar mientras la Persona Cubierta se encontraba cubierta por este Contrato o por un contrato anterior.

q. Atención Médica de Rutina durante Ensayos Clínicos

Nosotros pagaremos los Servicios Cubiertos que sean costos de Atención Médica de Rutina de una Persona Cubierta que participe en la Fase I, Fase II, Fase III o Fase IV de un Ensayo Clínico cuando el servicio, artículo o medicamento estuviera cubierto de otro modo por este Contrato.

No se proporcionarán beneficios por servicios que sean parte del objeto de estudio del Ensayo Clínico y que normalmente deban ser pagados por la Institución de Investigación que lleve adelante el Ensayo Clínico.

r. Centro de Enfermería Especializada y Servicios de Rehabilitación

Los Servicios Cubiertos incluyen:

1. Habitación y comida a diario
2. Servicios de enfermería general para cada día de Hospitalización
3. Servicios de rehabilitación

prestados durante una Hospitalización en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Subagudos o un Centro de Enfermería Especializada, siempre que la Persona Cubierta esté bajo la atención regular de un Profesional de Atención Médica que haya supervisado y aprobado la Hospitalización.

Los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Subagudos o en un Centro de Enfermería Especializada deben ser:

1. Provistos en lugar de atención en un Hospital.
2. Para la misma afección que requeriría Hospitalización en un Hospital. La Persona Cubierta debe ingresar al Centro de Rehabilitación para Pacientes Subagudos o al Centro de Enfermería Especializada dentro de los 14 días posteriores a haber recibido el alta del Hospital.

La cobertura respecto del Centro de Rehabilitación para Pacientes Subagudos o del Centro de Enfermería Especializada cesará cuando se logren progresos notables y significativos en vista de los resultados deseados y razonables o bien se llegue a un período de estancamiento.

Los Servicios Cubiertos proporcionados en un centro de enfermería especializada incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Tratamiento de complicaciones de la condición que requirió una estadía en el Hospital
2. Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
3. Programas de rehabilitación pulmonar
4. La evaluación de la necesidad de los servicios mencionados

s. Servicios de Trasplante

Si una Persona Cubierta necesita un trasplante de órgano o es donante de una Persona Cubierta, debe obtener una autorización previa por anticipado por parte Nuestra para todos los servicios relacionados entre los que se incluyen los siguientes:

1. Servicios de Hospital y de Profesionales de Atención Médica
2. Adquisición de órganos y costos para el donante, incluidos servicios previos al trasplante, el procedimiento de adquisición y toda complicación que sea consecuencia de la adquisición

Los costos del donante no superarán el Período de Tratamiento del Trasplante de Órgano. Una vez pagados los beneficios de una Persona Cubierta receptora, Nosotros reembolsaremos los Servicios Cubiertos de un donante vivo, siempre que sigan existiendo tales beneficios y permanezcan vigentes en virtud de este Contrato. Los beneficios que estén disponibles a través de la cobertura de salud del donante serán secundarios a los beneficios disponibles a través de este Contrato.

Es necesario obtener una Autorización Previa emitida por Nosotros con anterioridad al trasplante de órgano. El Profesional de Atención Médica de la Persona Cubierta debe notificarnos por anticipado de la necesidad de una evaluación inicial respecto del trasplante de órgano, de modo que Nosotros determinemos si el trasplante de órgano será o no cubierto. Para la aprobación del trasplante de órgano en sí, se nos debe conceder a Nosotros una oportunidad razonable para revisar los resultados clínicos de la evaluación antes de tomar una determinación.

Una vez aprobada la cobertura del trasplante de órgano, Nosotros notificaremos al Profesional de Atención Médica. Los beneficios serán pagaderos únicamente si los servicios previos al trasplante, los servicios de trasplante de órgano y los servicios posteriores al alta son autorizados por Nosotros. La cobertura de los servicios posteriores al alta y el tratamiento de complicaciones después del trasplante se limitan al Período de Tratamiento de Trasplante de Órgano.

Los Servicios Cubiertos para un Trasplante de Órgano Cubierto incluyen servicios previos al trasplante, el trasplante en sí con inclusión de quimioterapia y servicios relacionados, servicios posteriores al alta y tratamiento de complicaciones posteriores al trasplante, solamente de los siguientes órganos o procedimientos:

1. Corazón
2. Pulmón
3. Hígado
4. Riñón
5. Médula ósea
6. Páncreas
7. Autotrasplante de células de los islotes
8. Intestino
9. Multivisceral
10. Cualquier combinación de los órganos mencionados
11. Cualquier órgano que no esté mencionado, si la ley federal o estatal así lo exige

Los trasplantes de córnea y los implantes de válvulas cardíacas porcinas, que son tejidos en lugar de órganos, se consideran parte de los beneficios regulares del Contrato y están sujetos a otras disposiciones aplicables de este Contrato.

No se otorgarán beneficios para lo siguiente:

1. Trasplantes que sean Experimentales o De Investigación.
2. Un trasplante que no reúna Nuestros criterios previos al trasplante.
3. Gastos que sean elegibles para ser pagados a través de un fondo de investigación privado o público, un programa gubernamental que no sea Medicaid u otro programa de financiación, independientemente de si se solicitó o recibió la financiación.
4. Gastos relacionados con un trasplante cuya cobertura no aprobamos según Nuestros criterios establecidos.
5. Un trasplante denegado. Esto incluye la evaluación previa al trasplante, los servicios previos al trasplante, el procedimiento de trasplante, los servicios posteriores al alta, fármacos inmunodepresores y gastos relacionados con complicaciones de dicho trasplante.

6. Gastos relacionados con el almacenamiento de sangre del cordón umbilical y células madre, a menos que se considere esencial para un trasplante de órgano que esté autorizado por Nosotros.
7. Gastos relacionados con un trasplante de órgano realizado fuera de los Estados Unidos y la atención médica que se derive de ese trasplante de órgano.

t. Transporte de Órganos para Trasplantes y Alojamiento

Costos directos no médicos para:

1. La Persona Cubierta que recibe el trasplante de órgano cuando el Hospital que realiza el Trasplante de Órgano Cubierto queda a más de 100 millas de distancia del domicilio de la Persona Cubierta.
2. Un cuidador o acompañante designado (dos, si la Persona Cubierta que recibe el Trasplante de Órgano Cubierto es menor de 18 años) si viven a más de 100 millas del Hospital que realiza el Trasplante de Órgano Cubierto.

Entre los costos directos no médicos se incluyen:

1. Servicios Cubiertos de transporte hacia el Hospital donde se realice el Trasplante de Órgano Cubierto, y de vuelta del hospital, con límite de dos viajes de ida y vuelta por Trasplante de Órgano Cubierto.
2. Alojamiento temporal en un lugar acordado previamente cuando lo solicite el Hospital que realiza el Trasplante de Órgano Cubierto y sea autorizado por Nosotros.

Todos los costos no médicos directos para la Persona Cubierta que recibe el Trasplante de Órgano Cubierto y al cuidador o acompañante designado se limitan a un máximo combinado por Trasplante de Órgano Cubierto, como se muestra en nuestro Listado de Beneficios.

u. Transporte

Servicio Profesional de Ambulancia por Aire y por Tierra desde la escena de una emergencia médica hasta el centro médico adecuado más cercano que esté equipado para proporcionar tratamiento de Atención Médica de Emergencia. Pagaremos a los Proveedores No Participantes según la tarifa Usual y Habitual o una tarifa convenida.

v. Servicios de Atención Urgente

Los Servicios Cubiertos incluyen Servicios de Atención Médica de Urgencia en un Centro de Atención Médica de Urgencia que sea participante de la red de Proveedores.

w. Servicios de la Vista

Los Servicios Cubiertos incluyen un examen oftalmológico de rutina anual para niños de hasta 18 años (hasta el final del mes en el que el afiliado cumple 19 años). Además de un examen oftalmológico de rutina por año, cobertura para evaluación integral de la visión baja cada cinco años y cuatro visitas de atención de seguimiento por cada período de cinco años. El examen de la vista es una evaluación breve (como una tabla optométrica) y lo puede realizar un médico de atención primaria como parte de un examen físico regular. Un examen de la vista no diagnostica ni corrige problemas de salud ocular ni de visión. No es lo mismo que un examen oftalmológico de rutina. Un examen oftalmológico de rutina (con o sin dilatación) para determinar la salud de los ojos y las estructuras relacionadas, la agudeza visual y el estado refractivo del paciente, y la indicación de lentes correctivos, de ser necesario.

A este examen lo pueden realizar Optómetras u Oftalmólogos con equipo de diagnóstico especializado para revisar la visión, detectar enfermedades y actualizar la receta para anteojos.

Los Servicios Cubiertos incluyen 1 par de ciertos armazones y lentes recetados cada 12 meses para niños de 18 años (hasta el final del mes en que la persona inscrita cumple 19 años) y menos o 1 par de lentes de contacto recetados (en lugar de armazones y lentes recetados) cada 12 meses para niños de 18 años (hasta el final del mes en que la persona inscrita cumple 19 años) y menos.

Esto incluye la elección de lentes de vidrio o plástico, de todos los aumentos de la lente (visión simple, bifocal, trifocal, lenticular), matices y gradientes de moda, revestimiento protector ultravioleta, lentes de sol recetados extragrande n.º 3 y de cristales grises, lentes de policarbonato, con revestimiento resistente a rayones y artículos de visión reducida. Lentes de contacto médicamente necesarios para las siguientes afecciones queratocono; miopía patológica; afaquia; anisometropía; aniseiconía; aniridia; trastornos corneales; trastornos postraumáticos; y, el astigmatismo irregular requiere Autorización Previa.

4. Exclusiones y Limitaciones Generales

A continuación, se incluye una lista de limitaciones y exclusiones respecto de los Servicios Cubiertos. Lea detalladamente todo el documento, dado que pueden existir varias limitaciones aplicables a un servicio en particular. Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si el médico o proveedor ha prestado o indicado un servicio médicamente apropiado. Esto no impide que Su Proveedor de Atención Médica le preste o suministre el servicio; sin embargo, el servicio no será un Servicio Cubierto pagado por Nosotros.

Si se deniega una reclamación por ser Experimental o De Investigación, Usted tiene derecho a solicitar la revisión de la denegación por parte de una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información, consulte la disposición sobre Apelaciones, Quejas y Revisión externa en la sección de Disposiciones Generales de este Contrato.

A menos que se indique específicamente lo contrario, no se brindarán beneficios para los siguientes artículos ni debido a ellos:

1. Servicios proporcionados por un Proveedor No Participante, excepto cuando:
 - a. Esté autorizado por Nosotros; o
 - b. Los siguientes servicios sean Médicamente Necesarios para brindar Atención Médica de Emergencia:
 - i. Servicio de ambulancia profesional; o
 - ii. Servicios en la sala de emergencia de un Hospital, en un centro privado de atención médica de emergencia o en un Centro de Atención Médica de Emergencia Similar.
2. Servicios recibidos antes de la Fecha de Vigencia o después de la fecha de finalización de este Contrato.
3. Servicios que no sean Médicamente Necesarios para prevenir, aliviar, curar o sanar una Lesión Física o una Enfermedad, excepto los Servicios Preventivos de rutina especificados.
4. Costos de servicios preventivos, que incluyen entre otros, mastectomía preventiva o cualquier otro servicio prestados para evitar que se manifieste un proceso de enfermedad en el tejido de un órgano en una fecha futura, excepto que sea Médicamente Necesario.
5. Servicios que sean Experimentales o De Investigación, o estén relacionados con tales servicios, independientemente de si se reciben con anterioridad o con posterioridad al servicio que sea Experimental o De Investigación, o en relación con este, excepto que expresamente se estipule en este Contrato. El hecho de que un servicio sea el único tratamiento disponible para una afección médica puede no ser elegible para la cobertura si Nosotros consideramos que es Experimental o De Investigación.
6. Complicaciones directamente relacionadas con un servicio que no sea un Servicio Cubierto por este Contrato porque Nosotros determinamos que es Experimental o De Investigación, o no es Médicamente Necesario, excepto que expresamente se estipule en este Contrato. Directamente relacionado implica que el servicio ocurrió como resultado directo de un servicio no Médicamente Necesario, Experimental o de Investigación y no habría ocurrido en ausencia del servicio Médicamente Necesario, Experimental o de Investigación.
7. Servicios que superen la cantidad de beneficios disponibles para un servicio específico.
8. Servicios para el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos.
9. Servicios (excepto que se trate de Atención Médica de Emergencia) relacionados con una Enfermedad o Lesión Física ocurrida como consecuencia de que la Persona Cubierta:
 - a. Estaba intoxicada, como lo define la ley correspondiente en el estado en el cual haya ocurrido la pérdida; o
 - b. Se encontraba bajo la influencia de narcóticos ilegales o una sustancia controlada, excepto que un Profesional de Atención Médica los haya administrado o recetado,

10. Servicios relacionados con una Enfermedad o Lesión Física que sea consecuencia de:
 - a. Daño físico autoprovocado intencionalmente o tentativa de suicidio, independientemente de si la persona está cuerda o no, cuando no sea específicamente el resultado de una enfermedad mental
 - b. Guerra o un acto bélico, independientemente de si se declaró o no;
 - c. La participación en un disturbio;
 - d. El ejercicio de una ocupación ilegal; o
 - e. Cualquier participación en un conflicto armado o conflicto en el que hayan estado involucradas las fuerzas armadas o cualquier otra autoridad;
11. Servicios:
 - a. Por cargos que no hayan sido autorizados, presentados o prescritos por un Proveedor Participante;
 - b. Respecto de los cuales no se cobre ninguna suma o respecto de los cuales la Persona Cubierta no tendría que pagar nada si no tuviera esta cobertura, a menos que sean facturados por el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, y reembolsables a estos, tal como lo exige la ley;
 - c. Prestados o pagaderos conforme a un plan o ley a través de un gobierno o subdivisión política, excepto Medicaid, a menos que esté prohibido por la ley, que Usted o la Persona Cubierta no estén legalmente obligados a pagar;
 - d. Suministrados mientras una Persona Cubierta esté Hospitalizada en un Hospital o en una institución propiedad del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, u operado por estos, para una Enfermedad o Lesión Física relacionada con cualquier servicio;
 - e. Que no figuren como prestados o no estén documentados en la historia clínica;
 - f. Proporcionados por un Familiar o una persona que resida con la Persona Cubierta;
 - g. Realizados en conjunto con un servicio no cubierto.
13. A menos que se indique lo contrario en este Contrato, los servicios estéticos o cualquier otra complicación que surja de estos.
14. Cuidado de Custodia y Cuidado de Mantenimiento
15. Servicios de ambulancia para traslados de rutina desde, hacia o entre centros médicos y/o el consultorio de un Profesional de Atención Médica
16. Aborto quirúrgico o médico electivo por elección que no sea un aborto realizado a causa de una emergencia médica. Para los fines de esta sección, emergencia médica significa una condición física que pone en peligro la vida agravada o causada por un embarazo, o que surge de este, y que, según lo certificado por un médico, pone al Miembro en peligro de muerte o en riesgo grave de deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que se realice un aborto.
17. Reversión de la esterilización.
18. Tratamiento de la infertilidad
19. Disfunción sexual.
20. Pruebas o exámenes de la visión con el objetivo de recetar anteojos correctivos; queratotomía radial; queratoplastia refractiva; o cualquier otra Cirugía o procedimiento para corregir la miopía, hipermetropía o el astigmatismo; tratamiento ortóptico (ejercicios oculares); o la compra o adaptación de anteojos o lentes de

contacto, a menos que esté especificado en este Contrato

21. Servicios dentales, aparatos o suministros para el tratamiento de los dientes, encías, mandíbulas o procesos alveolares, incluidos, entre otros, la escisión de dientes impactados no erupcionados de manera parcial o total, cualquier Cirugía bucal o periodontal y cuidados preoperatorios y posoperatorios, implantes y procedimientos relacionados, procedimientos de ortodoncia y cualquier servicio dental relacionado con una Lesión Física o Enfermedad, excepto que se indique expresamente en este Contrato.
22. Pruebas prequirúrgicas o procedimentales duplicadas durante una Hospitalización.
23. Todo tratamiento para la obesidad, independientemente de cualquier posible beneficio para las afecciones médicas comórbidas, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Procedimiento quirúrgicos para la Obesidad Mórbida;
 - b. Servicios o procedimientos con el fin de tratar una Enfermedad o Lesión Física causada, complicada o exacerbada por la obesidad; o
 - c. Complicaciones relacionadas con cualquier servicio prestado para la reducción de peso;
24. Procedimientos quirúrgicos para la eliminación del exceso de piel o de grasa en combinación con la pérdida de peso o de una Cirugía para pérdida de peso, o como resultado de estas.
25. Servicios de cuidado de los pies cuando no hay presencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Cuidado higiénico y el tratamiento de lesiones superficiales de los pies, como callos, callosidades o hiperqueratosis;
 - b. Corte de las uñas de los pies, excepto la eliminación de la matriz de las uñas; y
 - c. Todo servicio o suministro relacionado con el cuidado de los pies para pie plano, arcos caídos o lesión crónica del pie, incluidos los soportes para los arcos, cuñas para los talones, plantillas elevadoras para los zapatos, la colocación o el suministro de ortopedia para el pie o calzados ortopédicos, a menos que el calzado ortopédico sea una parte integral de un aparato ortopédico cubierto para la pierna.
26. Prótesis capilares, trasplantes o implantes capilares, salvo en los casos en que se indique expresamente en este Contrato.
27. Servicios prestados en una clínica de síndrome premenstrual o una clínica de medicina holística.
28. Servicios de trasplante, salvo en los casos en que se indique expresamente en este Contrato.
29. Artículos o suministros médicos de venta libre que pueden ser recetados por un Profesional de Atención Médica, pero que también están disponibles sin una orden escrita o Receta, a excepción de los Servicios Preventivos.
30. Inmunizaciones, incluidas aquellas requeridas para viajar al extranjero para las Personas Cubiertas, excepto según lo establecido expresamente en este Contrato.
31. Pruebas genéticas cuando no son Médicamente Necesarias, incluso en los siguientes casos:
 - a. el diagnóstico se puede hacer clínicamente o mediante pruebas bioquímicas u otras pruebas de laboratorio;
 - b. pruebas de familiares que no estén cubiertos por este plan;
 - c. pruebas con fines de detección o sin una sospecha razonable de trastorno genético;
 - d. pruebas que no afectan la administración médica; y

- e. prueba sin evidencia clara y convincente en la literatura científica para considerar que esté asociada de manera confiable con una enfermedad, trastorno o terapia específica.
- 32. Gastos por exámenes físicos para empleo, escuela, club deportivo o campamentos, o para obtener un seguro; pruebas o exámenes prematrimoniales.
- 33. Servicios recibidos en una sala de emergencias, a menos que hayan sido provistos como Cuidado de Emergencia
- 34. Cualquier Gasto Incurrido por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, excepto servicios de Cuidado de Emergencia
- 35. Servicios recibidos durante una internación cuando esta se relaciona principalmente con la conducta, inadaptación social, falta de disciplina u otras acciones antisociales que no son específicamente el resultado de una Enfermedad Mental.
- 36. Servicios y suministros:
 - a. proporcionados en relación con Enfermedades Mentales no clasificadas en el actual Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales;
 - b. que se extienden más allá del período necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de aprendizaje y de conducta o para el retraso mental; y c. específicamente excluidos como consejería matrimonial;
- 37. No se brindarán beneficios para lo siguiente:
 - a. Inmunoterapia por abortos recurrentes;
 - b. Quimionucleolisis;
 - c. Litotricia biliar;
 - d. Monitoreo de la actividad uterina en el hogar;
 - e. Tratamiento con luz para el trastorno afectivo estacional (TAE);
 - f. Inmunoterapia para la alergia a los alimentos;
 - g. Proloterapia;
 - h. Cintas craneales;
 - i. Cirugía de hiperhidrosis; y
 - j. Terapia de integración sensorial.
- 38. Cargos por medicinas alternativas, incluidos el diagnóstico médico, el tratamiento y la terapia. Los servicios de medicina alternativa incluyen, entre otros, los siguientes:
 - a. Acupresión;
 - b. Acupuntura;
 - c. Aromaterapia;
 - d. Ayurveda;
 - e. Biorretroalimentación (excepto en la medida en que incluya Terapia de Retroalimentación Neurológica que sea Medicamente Necesaria para el tratamiento de una Lesión Cerebral Adquirida);
 - f. Sanación mediante la fe;
 - g. Imágenes mentales guiadas;

- h. Medicina herbolaria;
 - i. Medicina holística;
 - j. Homeopatía
 - k. Hipnosis.
 - l. Alimentación macrobiótica
 - m. Terapia de masajes;
 - n. Naturopatía;
 - o. Ozonoterapia;
 - p. Reflexología
 - q. Respuesta de relajación
 - r. Método Rolfing
 - s. Digitopuntura; y
 - t. Yoga;
39. Gastos de manutención; viajes; transporte, salvo en los casos en que se indique expresamente en la disposición de servicios de ambulancia o la disposición sobre Trasplantes en la sección sobre Sus beneficios de este Contrato.
40. Cargos por servicios que, por lo general, se usen principalmente con una finalidad no médica o para el control o mejoramiento del ambiente (sea o no prescrito por un Profesional de Atención Médica), incluidos, entre otros, los siguientes:
- a. Artículos comunes del hogar, como aires acondicionados, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, colchones de agua, colchones o almohadas hipoalergénicos, o equipos para hacer ejercicios;
 - b. Sillas de rueda o equipos de transporte motorizados, escaleras mecánicas, ascensores, rampas, modificaciones o adiciones a la vivienda o lugar de trabajo, o vehículos de transporte;
 - c. Artículos de bienestar personal, como almohadas cervicales, sillas con reducción de la gravedad lumbar, piscinas, hidromasajes, espás o saunas;
 - d. Equipo médico, incluidos los dispositivos de monitoreo de la presión arterial, luces para puvaterapia y estetoscopios;
 - e. Cargos por cualquier cuota de membresía o de programa que paga una Persona Cubierta, incluidos, entre otros, clubs de salud, espás de salud, acondicionamiento aeróbico y de fuerza, programas de endurecimiento y programas de pérdida de peso o similares, y cualquier material o producto relacionado con estos programas;
 - f. Sistemas de comunicación, teléfono, televisión o sistemas de computación y equipos relacionados, o artículos o equipos similares; y
 - g. Dispositivos de comunicación, excepto después de la extirpación quirúrgica de la laringe o del diagnóstico de falta permanente de la función de la laringe.
41. Servicios para la fertilización in vitro y la promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extracoitales, incluidos, entre otros, la inseminación artificial, la inseminación intrauterina, la mejora de la capacidad uterina de superovulación, la inseminación intraperitoneal directa, la inseminación tubárica transuterina, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia del embrión en estadio pronuclear, transferencia intrafalopiana de cigoto y transferencia de embriones tubáricos.

5. Exclusiones de Medicamentos con Receta

Salvo que se estipule expresamente lo contrario, no se proporcionará ningún beneficio por los siguientes artículos:

1. Medicamentos que no están incluidos en el Formulario de Medicamentos
2. Productos nutricionales que incluyen fórmulas para cualquier indicación o vía de administración.
3. Suplementos de fluoruro, salvo cuando se prescriben a niños preescolares mayores de 6 meses de edad cuya fuente primaria de agua carece de fluoruro.
4. Medicamentos con legenda (recetados) que Nosotros no consideramos Medicamento Necesarios.
5. Cualquier medicamento recetado para Enfermedades o Lesiones Físicas para las cuales los servicios no estén cubiertos por este Contrato.
6. Cualquier medicamento recetado para un uso distinto de:
 - a. Las indicaciones aprobadas por la FDA; o
 - b. Las indicaciones no habituales reconocidas por la literatura médica evaluada por expertos;
7. Cualquier medicamento, medicación o medicina cuyo uso:
 - a. Tenga la etiqueta "Precaución: limitado por la Ley Federal para uso de investigación";
o bien
 - b. Sea experimental o de investigación, aunque la Persona Cubierta deba pagar por él;
8. Suero de alergia y materiales de prueba de alergia;
9. La administración o inyección de los medicamentos.
10. Dispositivos o aparatos terapéuticos, salvo en los casos en que se indique expresamente en este Contrato, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Jeringas y agujas hipodérmicas, a excepción de jeringas y agujas para usar con insulina, y Medicamentos Inyectables Autoadministrados cuya cobertura está aprobada por Nosotros;
 - b. Prendas de compresión;
 - c. Bombas mecánicas para el suministro de medicamentos; y
 - d. Otras sustancias no médicas;
11. Anorexígenos o cualquier medicamento para el Control de peso
12. Abortivos (medicamentos utilizados para inducir el aborto)
13. Cualquier medicamento que se use con fines estéticos, incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Tretinoína, p. ej. Retin A, a menos que la Persona Cubierta sea menor de 35 años o se le diagnostique acné de adulto;
 - b. Artículos dermatológicos o estimulantes para el crecimiento del cabello; o
 - c. Agentes de pigmentación o despigmentación, p. ej., Solaquin;
14. A diferencia de cualquier otra disposición de este Contrato, podemos rechazar la cobertura o, según corresponda, excluir del Formulario de Medicamentos algunos o todos los medicamentos, incluidas nuevas indicaciones para un medicamento existente, hasta la finalización de un período de revisión que no supere los 6 meses posteriores

a la aprobación de la FDA para el uso y el lanzamiento del medicamento, incluidas nuevas indicaciones para un medicamento existente en el mercado.

15. Cualquier medicamento o medicina que:
 - a. Se pueda obtener legalmente sin una Receta (medicamentos de venta libre), excepto la insulina; o medicamentos, medicaciones o medicinas que se requieran como parte de la reforma de la Atención Médica con una Receta de un Profesional de Atención Médica;
 - b. Esté disponible sin una Receta en todas las concentraciones;
16. Testosterona compuesta para la terapia de sustitución hormonal.
17. Tratamiento de infertilidad y fertilidad, incluidos los medicamentos.
18. Cualquier medicamento recetado por impotencia o disfunción sexual, por ejemplo, Viagra
19. Cualquier medicamento, medicación o medicina que se ingiera, se aplique o se inyecte en el lugar donde el Profesional de Atención Médica lo recete o lo dispense.
20. Implantes para la administración de medicamentos.
21. Recetas que la Persona Cubierta debe tomar, o que se le deben aplicar o administrar, en su totalidad o en parte, mientras esta sea paciente en un centro donde los medicamentos son normalmente provistos por el centro en función del régimen de internación. Esto incluye medicamentos dados de alta con la Persona Cubierta de la instalación. Los centros para pacientes internados incluyen, entre otros, los siguientes:
 - a. Hospital;
 - b. Centro de Enfermería Especializada; o
 - c. Centro de Hospicio;
22. Medicamentos inyectables; incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Agentes inmunizantes;
 - b. Sueros biológicos;
 - c. Sangre;
 - d. Plasma sanguíneo; o
 - e. Medicamentos Inyectables Autoadministrados o Medicamentos Especializados que no tienen cobertura aprobada.
23. Resurtidos de receta:
 - a. Que superen la cantidad especificada por el Profesional de Atención Médica; o
 - b. Dispensadas más de un año desde la fecha del pedido original;
24. Cualquier parte de una Receta o resurtido que supere un suministro por 90 días, cuando se recibe de una Farmacia de pedidos por correo o de una Farmacia minorista que participe en Nuestro programa, que le permita a una Persona Cubierta recibir un suministro de 90 días de una Receta o resurtido.
25. Cualquier parte de una Receta o resurtido que supere un suministro por 30 días, cuando se recibe de una Farmacia minorista que no participe en Nuestro programa, que le permita a una Persona Cubierta recibir un suministro de 30 días de una Receta o resurtido.
26. Cualquier parte de la receta de un Medicamento Especializado o Medicamento Inyectable Autoadministrado que supere un suministro por 30 días.

27. Cualquier parte de un medicamento para el cual se requiere Autorización Previa o Tratamiento Escalonado y no se obtuvo
28. Cualquier medicamento por el cual no se suele aplicar un cargo.
29. Cualquier parte de una Receta o resurtido que:
 - a. Supere Nuestro Límite de Suministro específico del medicamento (es decir, IMITREX);
 - b. Se dispense a una Persona Cubierta cuya edad esté fuera de los límites de edad específicos del medicamento que Nosotros establecemos;
 - c. Se renueve antes de tiempo, tal como Nosotros lo establecemos; o
 - d. Supere el Límite de Suministro específico en relación con la duración;
30. Cualquier medicamento o medicación que reciba la Persona Cubierta:
 - a. Antes de estar cubierto por este beneficio; o
 - b. Después de la fecha de finalización de la cobertura de la Persona Cubierta conforme a este Contrato;
31. Cualquier gasto relacionado con el envío o entrega de Medicamentos Recetados
32. Cualquier uso indebido intencional de este beneficio, incluidas las Recetas que se compran para que use otra persona que no sea la Persona Cubierta.
33. Cualquier Receta o resurtido de medicamentos, medicinas o medicaciones que se hayan perdido, volcado, arruinado o dañado o que hayan sido robados
34. Cualquier suma que la Persona Cubierta haya pagado por una Receta Médica que se haya surtido, independientemente de si esta se revocara o modificara debido a una reacción adversa o un cambio en la dosis o de Receta Médica.
35. Medicamentos reenvasados por alguien que no sea el fabricante original;
36. Medicamentos Cubiertos, dispositivos u otros servicios o suministros de Farmacia provistos o disponibles bajo la ley de Compensación de Trabajadores;
37. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.

Si un reclamo es denegado por tratarse de un medicamento Experimental o de Investigación, usted tiene derecho a solicitar la revisión de una denegación a una Organización de Revisión Independiente. Para obtener más información, consulte la disposición sobre Apelación, Quejas y Revisión Externa en la sección Disposiciones Generales de este Contrato.

6. Pago de Primas

a. Su Deber de Pagar la Prima

Cuando llegue el momento, debe pagarnos la prima obligatoria. Si no paga Su prima a tiempo, sujeto al período de gracia, cancelaremos la cobertura.

Tenga en cuenta que las primas vencidas que se deban a Community dentro de los últimos 12 meses deben pagarse antes de la fecha de vigencia de la cobertura. Toda prima pendiente que no se pague, puede afectar Su capacidad para inscribirse en un plan de salud de Community.

b. Reducción de Costos Compartidos

Para ayudar a reducir Sus gastos de bolsillo, puede calificar para una Reducción de Costos Compartidos (CSR, Cost-Sharing Reduction). El Gobierno Federal hace este pago a fin de que la cobertura sea más accesible. Por lo general, para calificar debe cumplir con ciertos criterios financieros y seleccionar un plan "Silver". Las CSR son aparte de los Créditos Fiscales Anticipados para Primas.

Si tiene alguna pregunta respecto de las CSR, comuníquese con el Mercado de Seguros Médicos al 1-855-889-4325.

c. Crédito Fiscal Anticipado para Primas

Para ayudar a reducir su prima, puede calificar para un Crédito Fiscal Anticipado para Primas (APTC, Advance Premium Tax Credit). El Gobierno Federal es quien Nos hace este pago mensual en Su nombre a fin de que la cobertura sea más accesible. Por lo general, usted es elegible para APTC en los siguientes casos:

1. Está inscripto en un plan elegible;
2. Espera tener un ingreso familiar inferior al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, Federal Poverty Level) durante el Año Calendario.
3. No es elegible para la Parte A de Medicare, Medicaid ni otra cobertura mínima esencial;
4. Certifica que, para el Año Calendario:
 - Presentará una declaración de impuestos sobre la renta o una declaración conjunta de impuestos (si está casado/a);
 - Ningún otro contribuyente podrá reclamarlo como dependiente de impuesto; y
 - Reclamará una deducción de exención personal en su declaración de impuestos para Sus familiares, incluidos Usted y Su cónyuge.

Su APTC puede cambiar según los ingresos de Su hogar, el tamaño de su familia o los cambios regulatorios. Si ya no califica para APTC o si cambia el monto de Su APTC, el Mercado de Seguros Médicos Nos lo notificará y Usted continuará siendo responsable del pago de Su prima.

Si tiene alguna pregunta sobre la APTC, póngase en contacto con el Mercado o consulte con un profesional de impuestos.

d. Período de Gracia

Los Titulares de Contratos que no reciben ningún APTC tienen 30 días a partir de la fecha de vencimiento de la prima para remitir los fondos requeridos. Si no se paga la prima, cancelaremos la cobertura a partir del último día del período de la prima para el cual se pagó la prima y es posible que Usted sea responsable del costo de los servicios que recibió durante el período de gracia.

e. Disposición Especial para Personas Cubiertas que reciben Créditos Fiscales Anticipados para Primas

Si pagó con anterioridad al menos un mes de prima durante el Año Calendario y recibió un APTC, Su período de gracia es de tres meses. Community notificará al Gobierno Federal y a los proveedores de la falta de pago, y podrá pagar todas las reclamaciones correspondientes durante el período de gracia. Community cancelará la cobertura a partir del último día del período de la prima para el cual se pagó la prima después de que expire el período de gracia, recuperará las reclamaciones que se pagaron en el segundo y tercer mes del período de gracia, y es posible que Usted sea responsable del costo de los servicios que recibió durante el período de gracia. Community puede denegar reclamaciones de farmacia durante el segundo y tercer mes del período de gracia.

f. Cambios en Su prima

La prima puede cambiar en los siguientes casos:

- Se agregan o eliminan familiares;
- Cambia la clasificación de evaluación de alguna Persona Cubierta;
- La Persona Cubierta se muda a otro condado y cambia su código postal; o
- Hubo una declaración errónea en la solicitud que da lugar a que no se cobre el monto adeudado.

Las primas pueden cambiar con un aviso por escrito de 60 días si, cambia la clasificación de la evaluación de la Persona Cubierta o si una declaración errónea en la solicitud da lugar a que no se cobre el monto correspondiente adeudado.

El pago continuo de la prima representará Su aceptación del cambio.

g. Devolución de la Prima

Bajo ninguna circunstancia se devolverá una prima, a excepción de los siguientes motivos:

1. El Titular del Contrato devuelve el Contrato tal como se describe en la disposición Derecho a Devolver el Contrato.
2. Rescisión de la cobertura tal como se describe en la disposición sobre la Incontestabilidad en la sección Disposiciones Generales.
3. El Titular del Contrato solicita por escrito que la cobertura finalice y la prima se pagó durante cualquier período de tiempo después de la fecha solicitada por Usted o la fecha en que Nosotros recibimos Su notificación de cancelación, lo que sea posterior.

En caso de que Usted cancele este Contrato, la prima se deberá calcular de manera proporcional.

La cancelación de este Contrato no afectará las reclamaciones incurridas antes de la cancelación.

7. Cambios en el Contrato

a. Sus Derechos a Hacer Cambios en el Contrato

Tiene varios derechos a hacer cambios a Su Contrato.

1. Cambio de Residencia/Número de Teléfono

Se Nos debe notificar de cualquier cambio en Su dirección residencial o dirección postal.

Por lo menos 14 días antes de Su mudanza, llámenos o escríbanos informándonos Su nueva dirección y nuevo número de teléfono. Cuando recibamos esta información, le comunicaremos cualquier cambio a Su plan con respecto a cuestiones como redes, primas y beneficios. Si el Titular del Contrato se muda fuera del Área de Servicio de este Contrato, se rescindirá este Contrato. Consulte la sección Renovación y Finalización para conocer los eventos que causarán la finalización de este Contrato o de la cobertura de una Persona Cubierta. Dicho cambio entrará en vigor en la fecha que Nosotros asignemos.

Tenemos derecho de cambiar Su dirección de residencia en Nuestros registros cuando recibamos un cambio de dirección de un tercero y después de que Usted nos confirme que cambió Su dirección.

Además, si adquirió Su cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, comuníquese con el Mercado al 1-800-318-2596 para notificarles cualquier cambio en Su dirección de residencia.

2. Cambios en las Personas Cubiertas

Conforme a Su Contrato, puede solicitar un cambio de las Personas Cubiertas debido a ciertos cambios en Su familia.

i. Eliminar Dependientes

Si desea eliminar a una Persona Cubierta de Su Contrato, simplemente llámenos o escríbanos a la dirección que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Si compró Su cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, comuníquese con el Mercado para solicitar un cambio de las Personas Cubiertas conforme a Su Contrato.

ii. Añadir Dependientes

Si el Titular del Contrato o alguna Persona Cubierta tiene un hijo, el Titular del Contrato adopta a un niño, un niño es ubicado con el Titular del Contrato con el objetivo de ser adoptado o el Titular del Contrato es parte de un proceso en el cual se busca adoptar a un niño, debemos ser notificados del evento verbalmente o por escrito y recibir todas las primas obligatorias antes de los 60 días del evento. Si no recibimos una notificación ni la prima durante los primeros 60 días y en adelante, el niño no se convertirá en una Persona Cubierta conforme a este Contrato.

Si un hijo Dependiente es objeto de una orden de asistencia médica, la cobertura será automática durante los primeros 60 días después de la recepción de la orden o de la fecha de esta, o del aviso de la orden de asistencia médica y de cualquier prima obligatoria.

Un Dependiente que no se incluya en el párrafo anterior debe solicitar ser agregado como Persona Cubierta y Nosotros debemos aceptarlo durante el período anual de inscripción abierta. Un hijo Dependiente es elegible para enviar una solicitud siempre y cuando sea menor de 26 años. Si se acepta la solicitud, la Persona Cubierta tendrá cobertura durante la fecha que especifiquemos.

Si compró Su cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, comuníquese con el Mercado para solicitar un cambio de las Personas Cubiertas conforme a Su Contrato.

iii. Fecha de Vigencia de los cambios en los Dependientes

- (a) La cobertura para un recién nacido o niño adoptado será efectiva durante los primeros 31 días después de la fecha de nacimiento, colocación, adopción o fecha en que el tribunal concede la petición de adopción. A fin de continuar la cobertura para el recién nacido o el niño adoptado más allá del período inicial, debe notificarnos y remitir la prima dentro de los 31 días posteriores a la fecha de nacimiento o adopción del niño.
- (b) La cobertura de un hijo Dependiente que es objeto de una orden de asistencia médica será efectiva durante los primeros 31 días después de recibir la orden de asistencia médica o el aviso de la orden de asistencia médica;
- (c) Si Nosotros recibimos la solicitud o la notificación, según corresponda, y toda prima requerida después de transcurridos los 31 días posteriores a la fecha del nacimiento del recién nacido o de la adopción del niño, la entrega en adopción o la fecha en que el tribunal hiciera lugar a la solicitud de adopción, tal niño dejará de ser elegible;
- (d) Para cambios de otros Dependientes, el Dependiente no será elegible para una cobertura hasta que se reciba la prima y Nosotros la aceptemos, o hasta el próximo período anual de inscripción abierta, evento calificador o inscripción especial.

b. Nuestros Derechos a Hacer Cambios en el Contrato

Tenemos el derecho de hacer varios cambios en Su Contrato. Nosotros podemos hacer cambios a este Contrato en cualquier momento sin consentimiento previo en la medida que las leyes estatales y federales así lo exijan.

c. Continuidad de la Cobertura para Dependientes Sobrevivientes

Si este Contrato ha estado vigente durante al menos 90 días y el Titular del Contrato fallece mientras la cobertura de Dependientes está vigente, los Dependientes sobrevivientes que estén cubiertos conforme a este Contrato en la fecha del fallecimiento pueden ser elegibles para continuar teniendo cobertura conforme a este Contrato.

El cónyuge sobreviviente o el tutor legal de los hijos Dependientes cubiertos debe notificarnos por escrito dentro de los 31 días posteriores a la muerte del Titular del Contrato. La prima debe seguir pagándose para que la cobertura no se interrumpa. La prima puede cambiar y se basará en la clasificación de la edad de las personas que continúan con la cobertura.

Se requerirá que los dependientes sobrevivientes en el Intercambio inicien un caso especial con el Mercado de Seguros Médicos para continuar con la cobertura.

Si está cubierto por este Contrato a la fecha del fallecimiento, el cónyuge Dependiente sobreviviente se convertirá en el Titular del Contrato. En el caso de la cobertura solo para niños, el padre, la madre o el tutor legal del Dependiente sobreviviente se convertirá en el Titular del Contrato continuado.

Todas las condiciones, limitaciones, exclusiones y límites de este Contrato continuarán aplicándose.

d. Continuidad de la Cobertura Debido a un Cambio en el Estado Civil

Si una Persona Cubierta ya no es elegible debido a un cambio de estado civil, le ofreceremos una cobertura que se aproxime más a la cobertura vigente antes del cambio de estado civil, incluida la fecha de vencimiento. Los miembros en Intercambio deben comunicarse con el Mercado de Seguros Médicos al 1-800-318-2596.

8. Renovación y Finalización

a. Motivos por los que Finalizaremos Su Contrato

El Titular del Contrato tiene la opción de renovar este Contrato, salvo por las condiciones que se indican a continuación. Finalizaremos Su Contrato al final del mes en que ocurran los siguientes eventos, a menos que se indique lo contrario:

1. Se Nos debía la prima obligatoria, incluido todo período de gracia, y no la recibimos, incluidos los saldos de primas pendientes. La finalización será efectiva el último día para el cual se pagó la prima.
2. Fraude o tergiversación intencional de un hecho material, en cuyo caso la finalización será efectiva no menos de 15 días después de la notificación por escrito.
3. Fraude en el uso de servicios o centros, en cuyo caso la finalización será efectiva no menos de 15 días después de la notificación por escrito.
4. El Titular del Contrato ya no reside, vive ni trabaja dentro del Área de Servicio según lo estipulado por Nosotros, pero solo si la cobertura finaliza de manera uniforme sin tener en cuenta ningún factor relacionado con el estado de salud del miembro. Puede encontrar un mapa del Área de Servicio en www.communityhealthchoice.org, en el Directorio de Proveedores o puede llamar al número de teléfono de Nuestros Servicios para Miembros que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro. La finalización será efectiva no menos de 30 días después de recibir la notificación por escrito. Esta disposición no se aplica a los dependientes, incluidos aquellos que puedan estar bajo una orden de asistencia médica.
5. El Titular del Contrato solicita la finalización del Contrato por escrito. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado de Seguros Médicos, debe solicitar la finalización a través de dicho Mercado.
6. Dejamos de ofrecer un tipo particular de cobertura individual o dejamos de hacer negocios en el mercado de atención médica básica individual en la medida que la ley federal o estatal lo permite.
7. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado de Seguros Médicos y Usted deja de ser elegible para la cobertura a través del Mercado o este Contrato deja de ser un Plan de Salud Calificado, y pierde la aprobación y aceptación del Mercado de Seguros Médicos.

Si decidimos dejar de ofrecer un tipo particular de cobertura individual, el Titular del Contrato:

1. Será notificado de dicha interrupción, al menos, 90 días antes de la fecha de interrupción de la cobertura.
2. Tendrá la opción de adquirir cualquier otro Contrato de Hospital, médico o quirúrgico individual que proporcione los beneficios médicos que estemos ofreciendo en ese momento.

Si decidimos dejar de hacer negocios en el mercado hospitalario, médico o quirúrgico individual, los Titulares del Contrato cubiertos por dichas pólizas y el Comisionado de Seguros serán notificados de tal suspensión por lo menos 180 días antes de la fecha de suspensión de dicha cobertura.

Si la cobertura se adquirió a través del Mercado de Seguros Médicos, debe solicitar la finalización del Contrato a través de dicho Mercado. El Mercado Nos notificará y se procesará una finalización en consecuencia. .

Si finaliza una póliza y se interrumpe la cobertura, esto puede implicar montos máximos de gastos de bolsillos para su reanudación.

b. Motivos por los que Daríamos de Baja a una Persona Cubierta

Finalizaremos la cobertura de una Persona Cubierta al final del mes en que ocurran los siguientes eventos, a menos que se indique lo contrario:

1. Cuando la Persona Cubierta ya no califique como Dependiente según se define en la sección Definiciones de este Contrato o ya no cumpla con los criterios de elegibilidad.

2. En la fecha en que el Titular del Contrato ya no resida, viva ni trabaje dentro del Área de Servicio. Puede encontrar un mapa del Área de Servicio en www.communityhealthchoice.org, en el Directorio de Proveedores o puede llamar al número de teléfono de Nuestros Servicios para Miembros que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro. Esta disposición no se aplica a los dependientes, incluidos aquellos que puedan estar sujetos a una orden de asistencia médica.
3. Si una Persona Cubierta que comete fraude o tergiversa intencionalmente un hecho sustancial, enviaremos una notificación con 30 días de anticipación para informar nuestra intención de rescindir este Contrato en relación con la Persona Cubierta.
4. La fecha en que finaliza este Contrato.
5. Si la cobertura se compró a través del Mercado de Seguros Médicos, la Persona Cubierta deja de ser elegible para la cobertura a través del Mercado. El Mercado iniciará el proceso de finalización y Nos notificará el evento.

Si aceptamos la prima para una Persona Cubierta que se extienda más allá de la fecha, edad o evento especificados en esta sección como motivo de finalización, la cobertura para esa Persona Cubierta continuará durante el período para el cual se aceptó una prima identificable.

c. Su Deber de Notificarnos

Usted es responsable de notificarnos de cualquiera de los eventos mencionados que pudieran dar lugar a la finalización de este Contrato o de una Persona Cubierta.

d. Reanudación

Si este Contrato finaliza debido a la falta de pago de la prima, además del pago inicial de la prima, Usted puede solicitar una reanudación. Reanudaremos Su contrato siempre que se cumplan todos los siguientes requisitos:

1. La cobertura no se interrumpió por más de 90 días a partir de la fecha de finalización;
2. Nosotros autorizamos el restablecimiento.
3. Todas las primas pendientes se pagaron en su totalidad.

Si Su solicitud de reanudación se aprueba, la cobertura se reanudará en la fecha en que Nosotros aprobemos la reanudación.

e. Fraude

Usted comete fraude contra Nosotros o hace una tergiversación intencional de un hecho material al no informarnos deliberadamente los hechos correctos o al retener información necesaria que a Nosotros nos sirve para administrar este Contrato.

El fraude puede ser un delito cuyo responsable puede ser llevado a juicio. Toda persona que voluntariamente y a sabiendas se involucra en una actividad que tiene la intención de estafarnos mediante la presentación de una reclamación o formulario que contiene una declaración falsa o engañosa puede estar cometiendo fraude de seguros.

Si Usted o la Persona Cubierta comete fraude contra Nosotros, se cancelará la cobertura, conforme a lo estipulado por el tribunal de justicia. Notificaremos con 30 días de anticipación Nuestra intención de finalizar la cobertura. Dicha finalización puede llevarse a cabo de manera retroactiva a partir de la fecha en que se cometió el fraude o a partir de la fecha que Nosotros determinemos.

f. Motivos por los que Usted puede Finalizar Su Contrato

Usted podrá finalizar Su Contrato después de enviarnos una notificación por escrito con no menos de 30 días de anticipación en caso de que Nosotros realicemos un cambio importante en cualquier disposición del Contrato que se le deba notificar a Usted o a una Persona Cubierta en conformidad con la ley estatal o federal.

Puede solicitar la rescisión voluntaria de Su Contrato por escrito a Nosotros y se le otorgarán las fechas de rescisión de cobertura en el mismo día o prospectivas en función de la fecha de Su solicitud. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado de Seguros Médicos, debe solicitar la finalización del Contrato a través de dicho Mercado.

9. Disposiciones Generales

a. Derechos a Apelación, Quejas y Revisión Externa

Tiene derecho a Apelar cualquier decisión que tomemos que deniegue el pago de Su reclamación, Su solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento de atención médica, o cualquier decisión que tomemos con respecto a la rescisión de Su cobertura. También tiene derecho a apelar una Determinación Adversa ante Nosotros y a una revisión externa por parte de por una Organización de Revisión Independiente, a apelar una Denegación Contractual y a presentar una Queja. No podemos tomar represalias contra Usted por presentar una queja contra Nosotros ni por apelar una Determinación Adversa.

Determinaciones Adversas

Si determinamos que los servicios de atención médica provistos o que se proponen proporcionar no son Médicamente Necesarios o apropiados, le notificaremos a Usted o a la persona que actúa en Su nombre y a Su proveedor, según nuestros registros, sobre Nuestra determinación y sobre Su derecho a Apelar la Determinación Adversa y el proceso para solicitar una Apelación.

La Determinación Adversa se le notificará a Usted, a la persona que actúa en Su nombre y a Su proveedor según nuestros registros dentro del tiempo apropiado de acuerdo a las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y Su afección médica, pero en ningún caso la notificación podrá exceder una hora cuando se deniegue atención médica posterior a la estabilización luego de un tratamiento de emergencia, de acuerdo con la solicitud de un Profesional de Atención Médica. Si usted está hospitalizado, se le notificará dentro de un día hábil por teléfono o por transmisión electrónica, seguido de una notificación por escrito dentro de los tres días hábiles posteriores. Hay una revisión acelerada disponible para reclamaciones de atención de urgencia, como cuando padece alguna afección médica que podría poner gravemente en peligro su vida, salud o capacidad de recuperar sus funciones máximas o según la opinión de un Profesional de Atención Médica que tenga conocimiento de Su afección médica, lo sometería a dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin atención o tratamiento. Si no se encuentra hospitalizado y no se trata de una situación de atención de urgencia, se le proporcionará notificación escrita dentro de los 3 días hábiles o dentro del plazo adecuado según las circunstancias en relación con la entrega de los servicios y Su afección.

La notificación de la Determinación Adversa para una revisión concurrente de la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por las cuales Usted recibe beneficios actualmente se le proporcionará dentro de los 30 días anteriores a la fecha en que se le suspenderá la provisión de dichos medicamentos con receta o infusión intravenosa. Si se hace una solicitud de beneficios de atención de urgencia adicionales con al menos 24 horas de anticipación a la finalización del tratamiento inicialmente recetado y previamente aprobado, se proporcionará una notificación dentro de las 24 horas de la recepción de la solicitud. Si se lleva a cabo una revisión retrospectiva, se proporcionará una notificación dentro de los 30 días posteriores a la solicitud. En el caso de las revisiones retrospectivas, se pueden aplicar ciertas extensiones de acuerdo a lo permitido por la ley estatal.

Apelación de Determinaciones Adversas

Si Su caso involucra una afección médica potencialmente mortal, circunstancias relacionadas con la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por las cuales Usted recibe beneficios actualmente, una denegación a una solicitud de excepción del Formulario de Medicamentos, o si no cumplimos los plazos internos, Usted tiene derecho a una revisión externa inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Usted no está obligado a seguir los procedimientos para una revisión interna.

Apelación Acelerada

Usted o una persona que actúe en Su nombre o Su proveedor registrado pueden solicitar una Apelación acelerada (rápida) para denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención de condiciones médicas potencialmente mortales, denegaciones de estancias continuadas para hospitalización y denegaciones de medicamentos con receta e infusiones intravenosas por los que Usted esté recibiendo beneficios. La revisión acelerada estará a cargo de un Profesional de Atención Médica que no haya participado previamente en la

revisión de su caso y que tenga la misma especialidad o una similar a la del proveedor de atención médica que generalmente administra la condición médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión. Las solicitudes de Apelación Acelerada se decidirán de acuerdo con la urgencia médica de Su condición, procedimiento o tratamiento, pero en ningún caso en un plazo mayor a un día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación.

Apelación Acelerada para Reclamaciones de Atención de Urgencias

También hay una Apelación acelerada disponible para reclamaciones de atención de urgencia, como cuando padece alguna afección médica que podría poner gravemente en peligro su vida, salud o capacidad de recuperar sus funciones máximas o según la opinión de un Profesional de Atención Médica que tenga conocimiento de Su afección médica, lo sometería a dolor intenso que no se podría controlar adecuadamente sin atención o tratamiento. Las solicitudes de Apelación Acelerada para reclamaciones de atención de urgencias se decidirán lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de recibir la apelación.

Para las Apelaciones aceleradas por denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención por afecciones potencialmente mortales, denegaciones de estadias continuas por hospitalización y denegaciones de medicamentos recetados e infusiones intravenosas para las que está recibiendo beneficios y reclamaciones de atención de urgencia, Community tomará una decisión tan pronto como sea posible, y si se aplican dos plazos debido a la naturaleza de la apelación, aplicará el más corto de los dos.

Apelación Estándar

Cuando recibamos una Apelación, enviaremos a la parte apelante dentro de un plazo no mayor a cinco días hábiles desde la recepción de la Apelación, una carta de acuse de recibo en la que se notificará que hemos recibido la Apelación. La carta incluirá los procedimientos de Apelación, una solicitud de la documentación requerida y los plazos requeridos para la resolución. Si la Apelación a la determinación adversa ha sido recibida oralmente, la carta de acuse de recibo incluirá un formulario de Apelación de una página para la parte apelante.

Después de rever la Apelación a una Determinación Adversa, enviaremos a usted o a la persona que actúa en Su nombre y a Su Profesionales de Atención Médica, una carta de respuesta donde se explicará la resolución de la apelación tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de 30 días calendario después de la fecha en que recibamos la Apelación.

Revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO)

Usted o una persona que actúe en Su nombre o Su proveedor tienen el derecho a solicitar una revisión inmediata de Nuestra decisión sobre la apelación, por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, Independent Review Organization) enviándonos una solicitud dentro de los 4 meses posteriores a la recepción del aviso de determinación de Su apelación. La revisión independiente se hará sin costo alguno para Usted.

En los siguientes casos, no se le exigirá proceder en todas las instancias de Nuestro proceso de apelación antes de solicitar la intervención de una IRO:

- (a) si no se cumplen los plazos del proceso de Apelación; o
- (b) en casos que involucren afecciones potencialmente mortales o;
- (c) Determinaciones Adversas que involucren la denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas, para las cuales está actualmente recibiendo beneficios o una solicitud de excepción del formulario de medicamentos.

Por fax: 713-295-7033 Por teléfono: 713.295.6704 o bien 1.855.315.5386

Community tiene contratos con al menos tres IRO independientes, acreditadas para llevar a cabo revisiones externas. Al recibir su solicitud de una revisión externa, Community la derivará a una de estas IRO. Las derivaciones se realizan en forma rotativa, para garantizar un proceso imparcial e independiente.

La IRO informará por escrito a usted y a nosotros la decisión de revisión externa final tan pronto como sea posible, pero no más de 45 días después de que la IRO haya recibido la solicitud de revisión externa estándar. Para una revisión externa acelerada, la IRO informará a Usted y a Nosotros la decisión de revisión externa tan pronto como lo requieran las circunstancias médicas, pero no más de 72 horas después de recibir la solicitud.

Si no aprobamos una solicitud de excepción del Formulario de Medicamentos, tal como se describe en la Sección 3, "Administración de Beneficios del Contrato", Subsección n, "Medicamentos con Receta", usted puede solicitar una revisión externa. La IRO enviará una respuesta a usted o a su representante legal dentro de las 72 horas siguientes a recibir su solicitud. Para las apelaciones aceleradas sobre medicamentos con receta, la IRO enviará una respuesta a usted o a su representante legal dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud.

Apelación de la Denegación de Beneficios

Si determinamos que el servicio de atención médica proporcionado o propuesto no está cubierto por motivos distintos de los de una Determinación Adversa (por ejemplo, se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido), Usted tiene derecho a apelar esa determinación solicitando una apelación verbalmente o por escrito. En tal caso, seguiremos el procedimiento que se indica a continuación para las Quejas.

Solicitar Información Adicional

Cuando reciba la Denegación de Beneficios, puede solicitar más explicaciones. Contáctenos en los siguientes casos:

- Si no comprende el motivo de la denegación;
- Si no comprende por qué el servicio o tratamiento de atención médica no estaba completamente cubierto;
- Si no comprende por qué se denegó una solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento de atención médica;
- Si no puede encontrar la disposición correspondiente en Su Evidencia de Cobertura;
- Desea una copia (gratuita) de las pautas, criterios o fundamentos clínicos que Nosotros consideramos para tomar Nuestra decisión; o
- Si no está de acuerdo con la denegación o el monto no cubierto y desea Apelar.

Si Su reclamación fue denegada debido a información faltante o incompleta, Usted o Su proveedor de atención médica pueden volver a presentarnos la reclamación con la información necesaria para completarla.

El proceso de apelación no prohíbe que la Persona Cubierta busque otros recursos apropiados, incluidos las medidas cautelares, un fallo declaratorio o medidas disponibles conformes a la ley, si el requisito de finalizar el proceso de apelación y revisión pone en grave peligro la salud de la Persona Cubierta.

Si una Persona Cubierta tiene preguntas sobre los derechos de apelación y revisión externa, puede llamar a Nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Proceso para presentar Quejas

Si Nos notifica verbalmente o por escrito de una Queja, Nosotros, a más tardar el quinto día hábil después de la fecha de recepción de la Queja, le enviaremos una carta informando la fecha en que Nosotros recibimos la queja. Esta carta también incluirá Nuestros procedimientos de queja y plazos para la resolución. Si la queja se recibió de manera oral, adjuntaremos un formulario de queja de una página en el que se indicará claramente que se nos debe devolver ese formulario de queja para una pronta resolución de la queja.

Después de recibir la Queja por escrito o el Formulario de Queja de una página, realizaremos la investigación correspondiente y le enviaremos a la Persona Cubierta una carta con Nuestra resolución. Le notificaremos Nuestra determinación dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos la queja.

Si una Queja involucra una emergencia o una denegación de hospitalización continua, realizaremos la investigación correspondiente y resolveremos la Queja durante el día hábil posterior a la recepción de la queja.

Apelaciones de una Queja al Plan

Si la queja no se resuelve a satisfacción de la Persona Cubierta, esta tiene derecho a comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas donde la Persona Cubierta normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que la Persona Cubierta esté de acuerdo con otro sitio, o a enviar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Deberemos completar el proceso de apelación de quejas dentro de los 30 días calendario después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.

- a. Deberemos enviar una carta de acuse de recibo a la Persona Cubierta a más tardar el quinto día hábil después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
- b. Deberemos nombrar a los miembros del panel de apelación de quejas, el cual Nos informará de la resolución de la disputa. El panel de apelación de quejas estará compuesto por la misma cantidad de personas de Nuestro personal, Profesionales de Atención Médica y otras personas cubiertas por un plan de salud de Community. Un miembro del panel de apelación de quejas puede no haber estado involucrado previamente en la decisión que se disputa.
- c. A más tardar el quinto día hábil antes de la reunión programada del panel, a menos que la Persona Cubierta acuerde lo contrario, debemos proporcionarle a la Persona Cubierta o a su representante designado:
 1. Toda la documentación que Nuestro personal presentará ante el panel;
 2. La especialización de todo Profesional de Atención Médica que se consultó durante la investigación;
 3. El nombre y afiliación de cada uno de Nuestros representantes en el panel.
- d. Si la Persona Cubierta es menor de edad o discapacitada, esta o su representante designado tienen derecho a:
 1. Comparecer en persona ante el panel de apelación de quejas;
 2. Presentar un testimonio de expertos alternativo; y
 3. Solicitar la presencia de cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que dio lugar a la apelación e interrogarla.

Dónde enviar apelaciones, quejas y solicitudes a una IRO

Todas las Apelaciones deben enviarse a:

Fax: 713-295-7033

Por teléfono: 713.295.6704 o bien 1.855.315.5386

Todas las Quejas deben enviarse a:

Fax: 713-295-7036

Por teléfono: 713-295-6704 y 1-855-315-5386

Por correo: 2636 South Loop West

Houston, Texas 77054

Attn: Service Improvement

Para enviar una solicitud a una IRO, consulte la disposición "Revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO)".

Presentar Quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Toda Persona Cubierta, incluidas las personas que hayan intentado resolver las Quejas a través de Nuestro proceso de quejas y apelaciones, y que no estén satisfechas con la resolución, puede reportar la información a:

Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas) 1-800-252-3439

P.O. Box 149104

Austin, TX 78714-9104

Fax: (512) 490-1007

Web: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

El Comisionado investigará una queja contra Nosotros para determinar el cumplimiento dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja y toda la información necesaria por parte del Departamento de Seguros de Texas (TDI, Texas Department of Insurance) para que el departamento determine el cumplimiento. El Comisionado puede extender el tiempo necesario para completar una investigación en el caso de que ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. se necesite información adicional;
2. se necesite una revisión in situ;
3. Nosotros, el Profesional de Atención Médica o la Persona Cubierta no proporcione toda la documentación necesaria para completar la investigación; u
4. otras circunstancias que escapan al control del departamento.

b. Agotamiento de Recursos

Debe completar los niveles del proceso de Derechos de Apelación, Quejas y Revisión Externa que le corresponden y todo proceso de revisión regulatoria o estatal a Su disposición conforme a la ley estatal o federal antes de presentar una acción legal. Completar estos procesos administrativos o regulatorios asegura que tanto Usted como Nosotros tengamos una oportunidad plena y justa para resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones establecidos en este Contrato.

c. Asignación de Beneficios

La asignación de beneficios se puede realizar solo con Nuestro consentimiento. Una asignación no es vinculante hasta que recibamos y acusemos recibo por escrito del documento original o copia de la asignación antes del pago del beneficio. No garantizamos la validez legal ni el efecto de dicha asignación.

d. Conformidad con las Leyes del Estado

Si el Contrato contiene alguna disposición que no esté en conformidad con la sección 1271 del Código de Seguros de Texas u otras leyes correspondientes, no quedará invalidada, sino que se deberá interpretar y aplicar como si estuviese en plena conformidad con el Capítulo 1271 del Código de Seguros y otras leyes correspondientes.

e. Costo de la Representación Legal

Nosotros asumiremos exclusivamente los costos de Nuestra representación legal en asuntos relacionados con Nuestros derechos en virtud de este Contrato. Usted o la Persona Cubierta asumirá exclusivamente los costos de representación legal incurridos por una Persona Cubierta o en nombre de esta, a menos que se Nos haya notificado oportunamente de la reclamación y se Nos haya dado la oportunidad de proteger Nuestros propios intereses, y no lo hayamos hecho o Nos hayamos rehusado a hacerlo.

f. Disposiciones Duplicadas

Si algún cargo se indica como cubierto bajo dos o más disposiciones de beneficios, pagaremos solo conforme a la disposición que permita el beneficio más importante. Es posible que tengamos que hacer un nuevo cálculo basado tanto en los montos ya pagados como en los montos a pagar. No tenemos ninguna obligación de pagar los beneficios que este Contrato no proporcione.

g. Contrato Completo

La solicitud, los endosos, las enmiendas, los anexos y el Contrato constituyen el acuerdo completo entre las partes.

Ninguna modificación o enmienda a este Contrato será válida a menos que sea aprobada por un comité y una revisión legal. La aprobación debe ser aprobada o adjunta a este Contrato. Ningún agente tiene autoridad suficiente para modificar este Contrato, renunciar a ninguna de sus disposiciones, extender el plazo para el pago de la prima ni obligarnos mediante promesas o representaciones.

h. Incontestabilidad

Todas las declaraciones que Usted haga en Su solicitud se consideran representaciones, no garantías. No se podrá utilizar una declaración para impugnar o anular, cancelar o no renovar este Contrato, a menos que esté en la solicitud de inscripción por escrito firmada por Usted y se le haya proporcionado a Usted o su representante personal una copia firmada de la solicitud de inscripción. Un Contrato solo se puede impugnar en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales en una solicitud de inscripción.

i. Rescisión

La rescisión es la cancelación o interrupción retroactiva de la cobertura debido a un acto, práctica u omisión que constituye un fraude o una tergiversación intencional de un hecho material por parte de Usted o de una persona que busca cobertura en Su nombre. La rescisión está sujeta a una notificación previa de 30 días y es retroactiva a la Fecha de Entrada en Vigencia. En el caso de dicha cancelación, podemos deducir del reembolso de la Prima cualquier monto realizado en el pago de reclamos durante este período y Usted puede ser responsable de cualquier monto de pago de reclamaciones mayor que el monto total de las Primas pagadas durante el período por el cual se ve afectada la cancelación.

j. Acción Legal

Antes de iniciar una acción legal contra Nosotros, la Persona Cubierta debe haber agotado sus derechos conformes a las disposiciones de Derechos de Apelación, Quejas y Revisión Externa. No se podrá presentar ninguna demanda con respecto a los beneficios de este Contrato después de vencido el plazo de tres años a partir de la posterior de las siguientes fechas:

1. La fecha en la que denegamos el servicio o la reclamación por primera vez, pagamos menos de lo que Usted cree apropiado o no pagamos la reclamación a tiempo.
2. 180 días después de una determinación final de una apelación presentada a tiempo.

k. Ajustes de las Primas

Si se determina que se omitió o es incorrecta la información sobre la edad o la condición de fumador de una Persona Cubierta, haremos un ajuste equitativo de la prima. Esta disposición se aplica por igual a la Persona Cubierta y a Nosotros.

l. Aviso de Reclamación

Por lo general, el Médico o Proveedor Nos factura por todo servicio que la Persona Cubierta reciba.

Si la Persona Cubierta recibe un servicio que el Médico o Proveedor no Nos facturará, la Persona Cubierta debe enviarnos una carta con su nombre, el servicio que recibió y el número de Contrato. La Persona Cubierta debe enviar la carta por correo a Nuestra dirección, la cual figura en la Tarjeta de Identificación de Miembro. Debemos recibir una carta de la Persona Cubierta informándonos de la reclamación dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se recibió el servicio o tan pronto como sea razonablemente posible, pero a más tardar 90 días después de la fecha del servicio.

En el caso de la Atención Médica de Emergencia que se reciba fuera de los Estados Unidos, la información que debe presentar una Persona Cubierta junto con su reclamación completa debe incluir, entre otras cuestiones, lo siguiente:

1. El comprobante de pago al proveedor extranjero por los servicios proporcionados
2. Expediente y/o información médica completa
3. Comprobante de viaje al país extranjero, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte
4. La lista de cargos del proveedor extranjero, si utiliza una agencia de facturación

Dentro de los 15 días después de la recepción de la reclamación, acusaremos recibo de esta e investigaremos la reclamación. Es posible que debamos obtener información adicional que razonablemente creemos que será necesaria, incluida, entre otros, la siguiente:

1. Autorizaciones para la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores de los cuales la Persona Cubierta recibió servicios
2. Información médica o registros de cualquier proveedor
3. Información sobre otras coberturas
4. Toda información que necesitemos para administrar los términos de este Contrato

Le notificaremos por escrito la aceptación o el rechazo de la reclamación dentro de los 15 días hábiles después de la fecha en que recibamos toda la información necesaria para tomar una decisión. Si rechazamos la reclamación, indicaremos los motivos. Si no podemos aceptar ni rechazar la reclamación al final del 15° día hábil, le notificaremos los motivos por los cuales necesitamos más tiempo. Aceptaremos o rechazaremos la reclamación dentro de los 45 días después de la fecha de Nuestro aviso.

Si le notificamos que pagaremos la reclamación o parte de la misma, lo haremos a más tardar el quinto día hábil posterior a Nuestro aviso. Si el pago está condicionado a que Usted realice una acción, pagaremos la reclamación a más tardar el 5° día hábil posterior a que Usted la realice.

Si Usted no coopera o no proporciona la información necesaria, podremos recuperar los pagos que realizamos y denegar toda reclamación pendiente o subsiguiente para la cual se solicite la información, a menos que Nosotros hayamos autorizado previamente los servicios y se determine que son Médicamente Necesarios o apropiados.

Sin embargo, si no fue razonablemente posible proporcionar tal prueba, Sus reclamaciones no serán reducidas ni denegadas.

I. Nuestra Relación con los Proveedores

Los Proveedores Participantes no son Nuestros agentes, empleados ni socios. Son contratistas independientes. No respaldamos ni controlamos el juicio clínico ni las recomendaciones de tratamiento hechas por Médicos o Proveedores Participantes.

Ninguna parte del contenido de este Contrato ni de cualquier acuerdo o documento de reembolso deberá interferir, ni tener la intención de interferir, con la comunicación entre Usted y su Profesional de Atención Médica con respecto a Su afección médica u opciones de tratamiento. Cuando solicitan autorizaciones y piden servicios, los Médicos o Proveedores Participantes actúan en Su nombre. Todas las decisiones relacionadas con la atención médica de los pacientes son responsabilidad del paciente y del Médico Participante y los Proveedores Participantes que le brinden tratamiento, independientemente de cualquier determinación de cobertura.

Hemos hecho o haremos. No somos responsables de ninguna declaración errónea hecha por ningún proveedor con respecto al alcance de los Servicios Cubiertos o servicios no cubiertos conforme a Su Contrato. Si tiene alguna pregunta relacionada con Su cobertura, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

m. Derechos que Afectan Nuestra Obligación de Pagar

1. Su obligación de asistir en el proceso de recuperación

La Persona Cubierta está obligada a cooperar y ayudarnos a Nosotros y a Nuestros agentes a fin de proteger Nuestros derechos de recuperación de la siguiente manera:

- a. Notificarnos rápidamente que Usted puede tener una queja;
- b. Obtener Nuestro consentimiento antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad de pagar los gastos médicos;
- c. Proporcionarnos una copia de todo aviso legal que surja de la lesión de la Persona Cubierta y su tratamiento;
- d. Tomar todas las medidas necesarias para ayudarnos a exigir el cumplimiento de los derechos de recuperación y no hacer nada después de la Enfermedad, Lesión Física o accidente que perjudique Nuestros derechos de recuperación; y

e. Abstenerse de designar toda (o cualquier parte desproporcionada) la recuperación como exclusivamente para el dolor y el sufrimiento.

Si Usted no coopera con Nosotros, tendremos derecho a recuperar de Usted todo pago que Nosotros realicemos.

2. Derecho a Solicitar Información

La Persona Cubierta debe cooperar con Nosotros y, cuando se le solicite, ayudarnos a realizar lo siguiente:

- a. Autorizar la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores de los cuales se recibió atención médica;
- b. Obtener la historia clínica y/o información médica de cualquier Médico o Proveedor, según requiramos;
- c. Proporcionar información sobre las circunstancias de la Enfermedad, Lesión Física o accidente;
- d. Proporcionar información sobre otros beneficios de cobertura, incluida información relacionada con cualquier Lesión Física o Enfermedad por la cual otra parte pueda ser responsable de pagar compensación o beneficios; y
- e. Proporcionar información que Nosotros solicitemos para administrar el Contrato.

Si Usted no coopera ni proporciona la información necesaria, podremos recuperar los pagos que realizamos y denegar toda reclamación pendiente o subsiguiente para la cual se solicite la información, a menos que Nosotros hayamos aprobado previamente los servicios.

3. No duplicación de beneficios de Medicare

Si Medicare es el pagador primario, no duplicaremos los beneficios para los gastos que paga.

En todos los casos, la coordinación de los beneficios con Medicare y las disposiciones del Título XVIII de la Ley del Seguro Social, y sus modificaciones, cumplirán con los Estatutos y Reglamentaciones Federales.

Para los fines de esta sección, Medicare significa el Título XVIII, Parte B, de la Ley del Seguro Social, tal como fue promulgada o enmendada.

4. Coordinación de Beneficios

Esta disposición de Coordinación de Beneficios (COB, Coordination of Benefits) se aplica cuando una Persona Cubierta tiene cobertura de atención médica con más de un plan. El Plan se define a continuación.

a. Las siguientes definiciones corresponden a esta disposición de COB.

1. El "Plan" proporciona beneficios o servicios de atención médica o dental, o tratamientos.

El plan incluye: pólizas de seguro médico y de accidentes colectivos, generales o con franquicia, excepto la cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencias de cobertura de organizaciones para el mantenimiento de la salud individuales y colectivos; pólizas de seguro médico y de accidentes individuales; planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y colectivos y planes de beneficios de proveedores exclusivos; contratos de seguro colectivo, contratos de seguro individual y contratos de subscriptores que pagan o reembolsan el costo de la atención dental; componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo individual y colectiva; cobertura con beneficios limitados que no sea emitida para complementar pólizas individuales o colectivas vigentes; acuerdos no asegurados de cobertura colectiva o de tipo colectiva; cobertura de beneficios médicos en contratos de seguros de automóviles; y beneficios gubernamentales, según lo permitido por la ley.

2. El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Texas Health Insurance Pool; cobertura del seguro de indemnización laboral; cobertura de indemnización por hospitalización u otro tipo de cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedades específicas; cobertura de beneficios suplementarios; cobertura exclusiva para accidentes; cobertura de accidentes específicos; coberturas de tipo accidentes escolares que cubren a los alumnos solo en caso de accidentes, incluso lesiones deportivas, ya sea durante las "24 horas" o "en viaje desde o hacia la escuela"; beneficios proporcionados en contratos

de seguros de atención a largo plazo por servicios que no sean médicos, por ejemplo, asistencia personal, cuidados diurnos para adultos, servicios domésticos, asistencia con actividades de la vida diaria, atención de relevo y cuidado asistencial o por contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas complementarias de Medicare; plan estatal bajo Medicaid; plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios que exceden a aquellos otorgados por cualquier plan de seguro privado; otro plan no gubernamental; o póliza de seguro médico y de accidentes individual diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un deducible variable.

Cada contrato para la cobertura es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las reglas de la COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se aborda como un plan separado. Asimismo, si un acuerdo tiene dos partes y las reglas de la COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se aborda como un plan separado.

3. "Este Plan" es la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de la COB.

El orden de las reglas de determinación de beneficios determina si este Plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica con más de un plan. Cuando este Plan es el primario, determina el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de los otros planes. Cuando este Plan es secundario, determina sus beneficios después que el otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan equivalgan al 100 % del gasto total permitido.

4. Los "gastos permitidos" son gastos de atención médica, incluidos los deducibles y los copagos, que están cubiertos al menos en parte por cualquier plan que cubra al Miembro. Cuando un plan proporciona beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor de atención médica o un médico, por ley o conforme a un acuerdo contractual, no pueda cobrarle a una persona cubierta no es un gasto permitido.

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

5. El "monto permitido" es el monto de un cargo facturado que la aseguradora determina que está cubierto por los servicios que proporcionó un Proveedor o Médico No Participante. El monto permitido incluye tanto el pago de la aseguradora como cualquier deducible o copago correspondiente por el cual el asegurado es responsable.
6. El "Plan de panel cerrado" es un plan que proporciona beneficios de atención médica a la persona cubierta principalmente en forma de servicios a través de un panel de Proveedores y Médicos que tienen contrato con el plan o están empleados por este, y que excluye la cobertura de servicios que otros Proveedores o Médicos proporcionan, excepto en casos de emergencia o derivación a un miembro del panel.
7. "Padre/madre con custodia" es el padre o la madre que tiene derecho a designar la residencia principal de un niño por orden judicial conforme al Código Familiar de Texas u otra ley correspondiente, o, en ausencia de una orden judicial, es con quien el niño reside más de la mitad de los años calendarios, a excepción de las visitas temporales.

b. Orden de las Reglas de Determinación de Beneficios

Cuando un Miembro está cubierto por dos o más planes, las reglas para determinar el orden de los pagos de los beneficios son las siguientes:

1. El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
2. A excepción de lo dispuesto en el punto 3 a continuación, el plan que no contenga una disposición de COB que sea coherente con esta política siempre será el plan primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan de cumplimiento es el primario.

3. La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establece que esta cobertura complementaria debe ser superior a cualquier otra parte del plan provisto por el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son las principales coberturas médicas que se superponen a los beneficios de hospital y quirúrgicos del plan básico, y las coberturas de tipo de seguro que se escriben en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
4. Un plan puede considerar los beneficios que paga o proporciona otro plan al calcular el pago de sus beneficios solo en caso de que sea secundario a ese otro plan.
5. Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuese el plan primario cuando una persona cubierta utiliza un proveedor de atención médica o médico no contratado, a excepción de los servicios de emergencia o derivaciones autorizadas que paga o proporciona el plan primario.
6. Cuando los contratos múltiples que proporcionan cobertura coordinada se tratan como un solo plan conforme a este subcapítulo, esta sección se aplica solo al plan en su totalidad, y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios conforme al plan, la aseguradora designada como la primaria dentro del plan debe ser responsable del cumplimiento del plan respecto de este subcapítulo.
7. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, el orden de las reglas de determinación de beneficios de este subcapítulo decide el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios respecto de cada uno. Cada plan secundario debe tomar en consideración los beneficios del plan o los planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan que, conforme a las reglas de este contrato, determinen sus beneficios antes que los del plan secundario.
8. Cada plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplican.
 - i. No dependiente o Dependiente. El plan que cubre al Miembro como no dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y el que cubre al Miembro como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el Miembro es beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre al Miembro como dependiente y primario al plan que cubre al Miembro como no dependiente, el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte de modo que el plan que cubre al Miembro como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro es el plan primario.

ii. Hijo Dependiente Cubierto con Más de un Plan.

A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que se aplican.

- (a) En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén casados o vivan juntos, hayan o no estado casados:

- (1) el plan del padre cuyo cumpleaños anterior en el año calendario es el plan primario;

o

- (2) si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que ha cubierto al padre/madre durante más tiempo es el plan primario.

- (b) En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén divorciados, separados o no vivan juntos, hayan o no estado casados:

- (1) Si una orden judicial determina que uno de los padres es responsable de los gastos médicos o la cobertura médica del hijo dependiente y el plan de ese padre/madre tiene real conocimiento de estos términos, dicho plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan recibe la notificación del decreto de la corte.

- (2) Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos o la cobertura

de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de la Sección 8.ii.(a) deben determinar el orden de los beneficios.

- (3) Si una orden judicial establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de los padres es responsable de los gastos o cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de la Sección 8.ii.(a) deben determinar el orden de los beneficios.
- (4) Si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos o cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el cuidado de los hijos es el siguiente:
 - (i) el plan que cubre al padre/madre con custodia;
 - (ii) el plan que cubre al cónyuge del padre/madre con custodia;
 - (iii) el plan que cubre al padre/madre sin custodia; luego,
 - (iv) el plan que cubre al cónyuge del padre/madre sin custodia.
- (c) En el caso de un hijo dependiente cubierto con más de un plan de individuos que no son los padres del niño, las disposiciones de la Sección 8.ii.(a) o 8.ii.(b) deben determinar el orden de los beneficios como si esos individuos fuesen los padres del niño.
- (d) En el caso de un hijo dependiente que tiene cobertura conforme a los planes de uno o ambos padres y tiene su propia cobertura como dependiente conforme el plan del cónyuge, se aplica la Sección 8.v.
- (e) En caso de que la cobertura del hijo dependiente conforme al plan del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura de hijo dependiente conforme a los planes de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños de la Sección 8.ii.
 - (a) a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.

- iii. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a un miembro como empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni está jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a ese mismo miembro como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como un empleado jubilado o despedido, o como un dependiente de un empleado jubilado o despedido, no tiene esta regla y, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo con respecto al orden de los beneficios, esta norma no se aplica. Si la Sección 8.i. puede determinar el orden de los beneficios, esta norma no se aplica.
- iv. COBRA o Continuación de Cobertura por parte del Estado. Si un Miembro cuya cobertura se presta conforme a COBRA o a un derecho de continuación dispuesto por el estado o cualquier otra ley federal está cubierto bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o que cubre al Miembro como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, es el plan primario y la cobertura COBRA, estatal o cualquier otra continuación federal de cobertura será el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta norma y, como resultado, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta norma no se aplica. Si la Sección 8.i. puede determinar el orden de los beneficios, esta norma no se aplica.
- v. Mayor o Menor Tiempo de Cobertura. Si ninguna de las normas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que haya cubierto al miembro como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo será el plan primario y el plan que haya cubierto a la persona durante menos tiempo será el plan secundario.
- vi. Si las normas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se compartirán de manera equitativa entre los planes que cumplan la definición de plan. Además, este Plan no pagará más de lo que hubiera pagado si se lo hubiera considerado como plan primario.

c. Efecto sobre los Beneficios de Este Plan

Esta sección aplica cuando este Plan es secundario según la determinación del orden de los beneficios detallada anteriormente. En ese caso, los beneficios de este Plan se reducirán para que el total de los beneficios pagados o prestados por todos los planes no sea mayor al total de gastos permitidos. Para determinar el monto a pagar por cada reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que hubiera pagado de no haber existido otra cobertura de atención médica y aplicará el monto calculado a cualquier gasto permitido bajo el plan que no haya sido pagado por el plan primario. Luego, el plan secundario puede reducir su pago en esa proporción para que, al combinarlo con el monto que paga el plan primario, el total de beneficios pagados o prestados por todos los planes de la reclamación sea igual al 100 % del total de gastos permitidos de esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible todos los montos que hubieran sido acreditados a su deducible de no haber existido otra cobertura de atención médica.

Si una Persona Cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluida la provisión de servicios por parte de un proveedor externo al panel, los beneficios no son pagaderos por uno de los planes de panel cerrado, la COB no debe aplicar entre el plan y los otros planes de panel cerrado.

d. Recursos de Pago

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir un monto que debería haber sido pagado bajo este Plan. En ese caso, Community puede pagar ese monto a la organización que realizó el pago. El monto será considerado como un beneficio pagado bajo este Plan. Community no tendrá que pagar ese monto nuevamente. El término "pago realizado" incluye proveer beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

e. Divulgación de Información

Para los propósitos de esta Evidencia de Cobertura, Community puede, sujeto a los requisitos de confidencialidad aplicables establecidos en esta Evidencia de Cobertura, divulgar u obtener información necesaria de cualquier empresa de seguros u otra organización para implementar estas disposiciones de Coordinación de Beneficios. Cualquier miembro que reclame beneficios bajo esta Evidencia de Cobertura deberá presentar a Community toda la información que se considere necesaria para implementar estas disposiciones de Coordinación de Beneficios.

f. Derecho de Recuperación

Si el monto de pago realizado por Nosotros es mayor que lo que debería haber sido bajo esta disposición de COB, podremos recuperar el excedente de una o más de las personas a las que hemos pagado o por las que hemos pagado, o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable por los beneficios o servicios provistos para la Persona Cubierta. "Monto de pagos realizados" incluye el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

5. Derecho de Reembolso

Si Nosotros pagamos beneficios y Usted recupera o tiene derecho a recuperar beneficios de otra cobertura o de cualquier otra parte legalmente responsable, aplicará Nuestro derecho a subrogación, explicado a continuación. Tenemos el derecho de recuperar de Usted el monto que pagamos, sujeto a los límites de recuperación establecidos en el Capítulo 140 del Código Civil de Prácticas y Remedios de Texas.

Debe notificarnos por escrito dentro de los 31 días posteriores a cualquier pago, acuerdo, arreglo o sentencia. Si Usted renuncia a Nuestro derecho de reembolso o lo perjudica, suspenderemos el pago de servicios pasados o futuros hasta que se resuelvan todos los gravámenes pendientes.

Si Usted recupera un pago de una parte responsable y la libera de la deuda por futuros gastos médicos relacionados con una Enfermedad o Lesión Física, Nosotros tendremos el derecho continuado de solicitarle el reembolso a Usted. Este derecho, sin embargo, aplicará solo hasta donde lo permite la ley.

La obligación de reembolso existe por completo independientemente de si el acuerdo, el arreglo o la sentencia determinan que la recuperación incluye o excluye los gastos médicos.

6. Nuestro Derecho a Subrogación

Hasta donde lo permite la ley de Texas, tenemos el derecho de recuperar pagos recibidos por Usted de cualquier persona u organización debido a negligencia o actos deliberados que hayan resultado en Enfermedad o Lesión

Física en la medida que hayamos pagado por los servicios. Como condición de recibir beneficios de Nosotros, Usted acuerda asignarnos todos los derechos que pueda tener para realizar una reclamación, emprender acciones legales o recuperar los gastos pagados por beneficios cubiertos bajo este Contrato.

Si tenemos un impedimento para ejercer Nuestro derecho a subrogación, podremos ejercer Nuestro derecho de reembolso.

7. Asignación de Derechos de Recuperación

Si Su reclamación contra otra aseguradora es denegada o pagada en parte, Nosotros procesaremos esa reclamación según los términos y las condiciones de este Contrato. Si Nosotros realizamos un pago en Su nombre, Usted acuerda que cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por gastos médicos será asignado a Nosotros.

n. Derecho a Solicitar Sobrepagos

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago realizado por Nosotros que haya sido:

1. realizado por error;
2. realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, cuando determinemos que el pago realizado haya sido mayor que el monto pagadero bajo este Contrato;
3. realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, en base a la tergiversación intencional o fraudulenta de datos fundamentales; o bien,
4. realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, por cargos que habían sido descontados, desestimados o bonificados.

Nos reservamos el derecho de ajustar cualquier monto aplicado en error a cualquier Monto Máximo de Gastos de Bolsillo.

o. Derecho a Solicitar Exámenes Médicos

Tenemos el derecho a solicitar que se examine o realice una autopsia a la Persona Cubierta mientras una reclamación está pendiente, excepto que la ley lo prohíba. Estos procedimientos se realizarán con la frecuencia que Nosotros consideremos razonablemente necesaria para determinar los beneficios del Contrato, a Nuestra costa.

p. Asistencia Médica Pública del Estado

Si una Persona Cubierta recibe asistencia médica de un programa bajo la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas mientras está asegurada bajo este Contrato, reintegraremos al programa el monto efectivo de los gastos médicos que el programa paga a través de asistencia médica, si la asistencia fuera un Gasto Cubierto cuyos beneficios son pagaderos bajo este Contrato y si recibimos aviso oportuno, de parte de la Comisión o su plan de salud designado, del pago de dicha asistencia. Cualquier reembolso a la Comisión o su plan de salud designado realizado por Nosotros nos liberará por el monto del reembolso. Esta disposición aplica solo en la medida en que no hayamos realizado ya el pago de la reclamación a Usted o el proveedor.

Si la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas está pagando por la asistencia médica y financiera de un niño y Usted es el padre/madre que celebró este Contrato o un padre/madre cubierto por este Contrato y tiene la custodia del niño o acceso a este, o no tiene la custodia del niño ni acceso a este pero debe pagar una pensión alimentaria por orden judicial, todos los beneficios que se paguen en nombre del niño o los niños bajo este Contrato deberán pagarse a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Debemos recibir un aviso por escrito junto con la reclamación cuando se presenta por primera vez de que los beneficios deben pagarse directamente a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

q. Momento de Pago de las Reclamaciones

Los pagos debidos bajo este Contrato a los Médicos y Proveedores Participantes se realizarán según las leyes aplicables de Pago Oportuno de Reclamaciones de Texas.

r. Compensación de Trabajadores

Este Contrato no reemplaza ningún tipo de Compensación de Trabajadores ni de seguro por Enfermedad Ocupacional.

10. Definiciones:

Las siguientes son definiciones de términos según se los utiliza en este Contrato. Los términos definidos tienen mayúscula inicial cuando aparecen en este Contrato.

Lesión Cerebral Adquirida se refiere a un traumatismo neurológico al cerebro, que no es hereditario, congénito ni degenerativo. La lesión cerebral ha ocurrido después del nacimiento y tiene como consecuencia un cambio en la actividad neuronal, lo que a su vez genera un deterioro de las funciones físicas, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Imagenología Avanzada, a los fines de esta definición, incluye la Resonancia magnética (MRI), angiografía por resonancia magnética (MRA), tomografía por emisión de positrones (PET), tomografía computada por emisión de fotón único (SPECT), tomografía computada (CT) y medicina nuclear.

Crédito Fiscal Anticipado para Primas se refiere a los pagos realizados mensualmente a Su nombre por el gobierno federal directamente a Community, lo que disminuye Su pago mensual de primas.

Determinación Adversa se refiere a una decisión tomada por Nosotros o una persona designada que establece que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para el tratamiento de una Persona Cubierta no son Médicamente Necesarios o son Experimentales o De Investigación. El término no incluye una denegación de los servicios de atención médica debido a la falta de solicitud de revisión de utilización potencial o concurrente. En el caso de los medicamentos con receta, se trata de una Determinación Adversa si Nosotros negamos la prestación de beneficios cuando el medicamento no está incluido en el Formulario de Medicamentos y su Médico ha determinado que es Médicamente Necesario.

Ley de Cuidado de Salud Asequible se refiere a la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010 (Pub. L. 111-148), modificada por la Ley de Reconciliación de Cuidado de Salud y Educación de 2010 (Pub. L. 111-152).

Apelación se refiere a Nuestro proceso formal mediante el cual una Persona Cubierta, un individuo que actúa en nombre de una Persona Cubierta o el proveedor de una Persona Cubierta puede solicitar que se reconsidere una Determinación Adversa o una Denegación de Beneficios.

Trastorno del Espectro Autista se refiere a un trastorno neurobiológico que incluye autismo, síndrome de Asperger o trastornos generalizados del desarrollo no especificados de otra forma. Un trastorno neurobiológico significa una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

Lesión Física se refiere a un daño corporal distinto a la Enfermedad, y todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes, que resulta de un traumatismo físico súbito que no podría haberse evitado o previsto. La Lesión Física debe ser la causa directa de la pérdida, independientemente de enfermedades, debilidad corporal o cualquier otra causa. El daño corporal que resulta de infecciones o esfuerzo muscular por actividad física o atlética se considera una Enfermedad y no una Lesión Física.

Trasplante de Médula se refiere al trasplante de células precursoras de la sangre humana que son administradas a un paciente luego de la quimioterapia de alta dosis, ablativa o mielosupresora. Estas células pueden provenir de la médula ósea, sangre circulante o de una combinación de médula ósea y sangre circulante obtenida del paciente en un trasplante autólogo de un donante compatible relacionado o no relacionado o de la sangre del cordón umbilical. Si la quimioterapia es una parte integral del tratamiento que incluye el trasplante de médula de una Persona Cubierta, el término "médula" incluye la extracción, el transporte y los componentes de quimioterapia.

Medicamento de Marca se refiere a un medicamento, medicina o medicación fabricado y distribuido por una sola empresa farmacéutica o cualquier producto farmacológico que haya sido diseñado como marca por una fuente reconocida en la industria y utilizada por Nosotros.

Año Calendario significa el período de tiempo que comienza cualquier 1 de enero y finaliza el siguiente 31 de diciembre. El primer Año Calendario de una Persona Cubierta comienza en la fecha en que los beneficios provistos bajo este Contrato resultan efectivos para esa Persona Cubierta y termina el siguiente 31 de diciembre.

Terapia de Comunicación Cognitiva implica servicios diseñados para abordar las modalidades de comprensión y expresión, lo que incluye la comprensión, lectura, escritura y expresión verbal de información.

Terapia de Rehabilitación Cognitiva se refiere a los servicios diseñados para abordar actividades cognitivas terapéuticas en base a una evaluación o un entendimiento del déficit cerebral y de comportamiento del individuo.

Community se refiere a Community Health Choice, Inc., una organización con licencia de mantenimiento de la salud.

Terapia para la Reinserción en la Comunidad se refiere a los servicios que facilitan la continuación de la atención médica a medida que un individuo afectado se reinserta en la comunidad.

Dependencia Química se refiere al abuso, la dependencia psicológica o física, o la adicción al alcohol u otra sustancia controlada.

Ensayo Clínico un estudio de investigación clínica o una investigación clínica que se realiza en relación con la prevención, detección o tratamiento de cáncer u otra Enfermedad Potencialmente Mortal y está aprobado por:

1. Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control) y Prevención del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
2. los Institutos Nacionales de la Salud (NIH);
3. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.
4. El Departamento de Defensa (DOD) de los Estados Unidos;
5. El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs); o
6. Una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación Humana de los Estados Unidos (OHRP, Office for Human Research Protection) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, Health and Human Services);
7. la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud;
8. los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), y
9. el Departamento de Energía.

Instalación de Emergencia Similar implica (i) cualquier instalación fija o móvil, que incluye, entre ellas, instalaciones de trauma de nivel V y clínicas de atención médica rural que cuentan con personal y equipos autorizados o certificados, o bien, autorizados y certificados para ofrecer Soporte Vital Cardiovascular Avanzado (ACLS, Advanced Cardiac Life Support) que cumpla con los estándares de atención de la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA, American Heart Association) y la Sociedad Estadounidense de Trauma (ATS, American Trauma Society) y un centro de atención médica de emergencia privado, según se define en la cláusula 843.002 del Código de Seguros de Texas: (ii) para fines de atención de urgencia relacionada con enfermedades mentales, centro de salud mental que puede proporcionar servicios residenciales y psiquiátricos las 24 horas y que es: (I) un establecimiento operado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas; (II) un hospital psiquiátrico privado autorizado por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas; (III) un centro comunitario según su definición en la sección 534.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas; (IV) un establecimiento operado por un centro comunitario u otra entidad designada por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas para brindar atención de salud mental; (V) una parte identificable de un hospital general que provea servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidado a personas con enfermedades mentales y que esté autorizada por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas; o (VI) un hospital operado por una agencia federal.

Queja se refiere a cualquier insatisfacción expresada oralmente o por escrito de parte de un demandante hacia una organización de mantenimiento de la salud sobre cualquier aspecto de su operación. El término incluye la insatisfacción relacionada con la administración de los planes, los procedimientos relacionados con la revisión o apelación por una determinación adversa, la denegación, reducción o terminación de un servicio por motivos no relacionados con la necesidad médica, la manera en que se brinda un servicio y una decisión de cancelación. La Queja no incluye: un malentendido o problema causado por desinformación que se resuelve de inmediato al aclarar el malentendido o brindar la información apropiada para la satisfacción del afiliado, ni la expresión oral o por escrito de insatisfacción o desacuerdo por parte de un Proveedor o una Persona Cubierta debido a una determinación adversa.

Demandante se refiere a una Persona Cubierta o un Médico, Proveedor u otra persona designada para actuar en nombre de la Persona Cubierta, que presenta una queja.

Complicaciones del Embarazo significa afecciones, que requieren internación en un Hospital (cuando el embarazo no está finalizado), cuyos diagnósticos son distintos al de embarazo, pero se ven afectados adversamente por el embarazo o son causados por el embarazo, como, por ejemplo, nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto diferido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable. Las Complicaciones del Embarazo no incluyen el parto falso, el sangrado ocasional, el descanso indicado por un Médico durante el período del embarazo, las náuseas matutinas, la hiperémesis gravídica, la preclampsia y las afecciones similares asociadas con el control de un embarazo difícil que no son una complicación propia del embarazo.

Hospitalizado/Hospitalización se refiere al estado de ser un paciente internado que recibe Servicios para Pacientes Internados en un Hospital o Centro de Tratamiento Médico. Internación no significa detención en Estado de Observación.

Las Hospitalizaciones Sucesivas se consideran una Hospitalización si:

1. se deben a la misma Lesión Física o Enfermedad, y
2. pasaron menos de 30 días consecutivos entre las Hospitalizaciones de la Persona Cubierta.

Contrato se refiere a este documento, en conjunto con cualquier enmienda, anexo y anotación, que describe el acuerdo entre Usted y Nosotros.

Titular del Contrato se refiere a una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad y requisitos de inscripción de este Contrato y cuya solicitud como Solicitante Principal y pago de primas han sido recibidos por Nosotros.

Denegación Contractual se refiere a cualquiera de los siguientes: una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o una falta de pago (parcial o total) por el beneficio, incluida cualquier denegación, reducción, terminación o falta de pago basada en una determinación del Titular del Contrato o Su elegibilidad para participar en un plan y la rescisión de este Contrato.

Copago se refiere a un monto fijo especificado o un monto expresado como un porcentaje indicado en el Listado de Beneficios que Usted está obligado a pagar a un Médico o Proveedor para cubrir los gastos de ciertos beneficios especificados en este Contrato cada vez que recibe un servicio cubierto. Usted está obligado a pagar al Médico o Proveedor por los gastos cubiertos en que se haya incurrido por servicios, independientemente de los montos que podamos pagar Nosotros.

Cirugía Estética se refiere a Cirugía, procedimientos, inyecciones, medicamentos o tratamientos diseñados principalmente para mejorar la apariencia, autoestima o imagen corporal, o para aliviar o prevenir sufrimiento social, emocional o psicológico.

Costo Compartido se refiere al Copago que debe pagar la Persona Cubierta por Medicamentos con Receta.

Servicio Cubierto significa un servicio o suministro que está cubierto bajo este Contrato y es Medicamento Necesario y apropiado. Para que se lo considere Cubierto, el Servicio no puede ser Experimental o De Investigación, o estar excluido o limitado de alguna forma por este Contrato o cualquiera de sus modificaciones. A excepción de la Atención Médica de Emergencia, los Servicios Cubiertos solo están disponibles dentro del Área de Servicio.

Trasplante Cubierto de órganos se refiere solo a los servicios, cuidados y tratamientos recibidos por el trasplante previamente aprobado de los órganos identificados en nuestra sección "Administración de beneficios del contrato" o que estén relacionados con este. Son servicios Medicamento Necesarios y no Experimentales o De Investigación. El trasplante de varios órganos, cuando se lo realiza de forma simultánea, se considera como un trasplante de órganos.

Persona Cubierta significa el Titular del Contrato elegible para recibir los beneficios del Contrato.

Cuidado de Custodia se refiere a los servicios brindados a una Persona Cubierta si:

1. La Persona Cubierta necesita servicios que incluyen, entre otros, ayuda para vestirse, bañarse, preparar y comer dietas especiales, caminar, supervisar los medicamentos que generalmente la persona toma por sí sola, acostarse y levantarse de la cama, y mantener la continencia.
2. Los servicios se requieren principalmente para mantener la condición de la Persona Cubierta y no es probable que la mejoren;

3. Son servicios de atención médica a largo plazo brindados en el hogar, en la comunidad o en hogares de vida asistida o para ancianos.

Los servicios pueden ser considerados por Nosotros como Cuidados de Custodia incluso si:

1. la Persona Cubierta está bajo el cuidado de un Profesional de Atención Médica;
2. los servicios fueron recetados por un Profesional de Atención Médica para apoyar o mantener la condición de la Persona Cubierta;
3. los servicios son prestados por un Enfermero, o
4. los servicios involucran el uso de habilidades que pueden enseñarse a una persona común y no requieren las habilidades técnicas de un Enfermero.

Denegación de Beneficios se refiere a cualquiera de los siguientes: una denegación, reducción o terminación de un beneficio, o una falta de pago (parcial o total) por el beneficio, incluida cualquier denegación, reducción, terminación o falta de pago basada en una determinación del Titular del Contrato o Su elegibilidad para participar en un plan y la rescisión de este Contrato.

Lesión Dental se refiere a una lesión a un Diente Natural Sano causada por una fuerza súbita y externa que no podría haberse previsto o evitado. No incluye lesiones por morder o masticar.

Dependiente se refiere al cónyuge legalmente reconocido del Titular del Contrato o su hijo natural, hijastro, hijo adoptivo, niño colocado en adopción, niño por el cual el Titular del Contrato se encuentra involucrado en una demanda con el fin de adoptarlo y cuya edad es menor a la edad límite, niño cuya edad es menor a la edad límite y por quien Usted ha recibido una orden judicial o administrativa de proporcionar cobertura hasta que la orden pierda vigencia, niño inscripto en una cobertura de atención médica comparable o que estará inscripto en una cobertura de atención médica comparable que tendrá efecto en la Fecha de Vigencia de la cancelación o falta de renovación, nieto no casado si es dependiente por motivos de Impuestos Federales al momento de la solicitud y cuya edad es menor que la edad límite, o hijo adulto del Titular del Contrato que reúne las siguientes condiciones:

1. es mayor que la edad límite para niños;
2. no está casado;
3. tiene una discapacidad mental o física permanente, y
4. es incapaz de mantener un empleo por su cuenta.

Para que el hijo adulto Dependiente cubierto se mantenga elegible según lo especificado arriba, Nosotros debemos recibir una notificación de estas condiciones dentro de los 31 días de la fecha en que el hijo Dependiente alcance la edad límite.

Todos los niños, excepto aquellos que califican por una orden judicial o administrativa, deben cumplir todas las características de un Dependiente según lo determinamos Nosotros.

Debe proporcionarnos pruebas satisfactorias en su solicitud de que la condición según se la define arriba en los elementos anteriores existe de forma continua en y después de la fecha en que se alcanza la edad límite. Después de dos años desde la primera vez que se proporcionaron las primeras pruebas, es posible que no las solicitemos más que anualmente. Si no nos proporciona pruebas satisfactorias, la cobertura del niño no continuará después de la última fecha de elegibilidad.

La edad límite para que un niño se considere Dependiente, según este contrato, es su cumpleaños número 26.

Equipo para Diabetes se refiere a:

1. medidores de glucosa en sangre, incluidos los medidores no invasivos y aquellos diseñados para su utilización por parte de personas invidentes;
2. bombas de insulina y equipos asociados;

3. dispositivos para la infusión de insulina;
4. aparatos podiátricos para la prevención de las complicaciones asociadas con la diabetes; y
5. Equipo de Diabetes nuevo o mejorado aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.

Suministros para Diabéticos se refiere a:

1. tiras reactivas para los medidores de glucosa en sangre;
2. tiras reactivas para la lectura visual y de prueba de orina;
3. lancetas y dispositivos de punción;
4. insulina y análogos;
5. dispositivos para inyecciones;
6. jeringas;
7. agentes orales con receta y sin receta para controlar los niveles de azúcar en sangre;
8. kits de emergencia de glucagón.
9. hisopos de alcohol; y
10. suministros nuevos o mejorados para Diabéticos, incluyendo insulina mejorada u otro medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

Mamografía de Diagnóstico significa un examen de imagen diseñado para evaluar:

1. una anormalidad subjetiva u objetiva en un seno detectada por un médico;
2. una anormalidad vista por un médico en una mamografía de detección;
3. una anormalidad previamente identificada por un médico como probablemente benigna en un seno para la cual un médico recomienda una imagen de seguimiento; o
4. un individuo con antecedentes personales de cáncer de mama.

Límite de Suministro se refiere al límite mensual de dosis o el número de meses de uso del medicamento necesarios para tratar esa afección particular.

Formulario de Medicamentos se refiere a una lista de medicamentos con receta, medicina, medicaciones y suministros especificados por Nosotros y que también indica el Límite de Suministro o todo requisito de Autorización Previa o Terapia Escalonada. Visite nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org o llame a Nuestro Departamento de Servicios para Miembros al número telefónico que aparece en Su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener el Formulario de Medicamentos. El Formulario de Medicamentos está sujeto a cambios sin aviso.

Equipo Médico Duradero representa el equipo, definido por Medicare parte B, que cumple con los siguientes criterios:

1. Pueden soportar el uso repetido.
2. Se utilizan principal y habitualmente con fines médicos y no por comodidad o conveniencia.
3. Generalmente, solo les sirven a las personas para tratar Lesiones Corporales o Enfermedades.
4. Son Médicamente Necesarios y requeridos por la Lesión Física o Enfermedad de la Persona Cubierta.
5. Habitualmente no son proporcionados por un Hospital o Centro Especializado de Enfermería.
6. Un Profesional de la Salud indica que son apropiados para utilizar en el hogar.

Fecha de Vigencia significa el primer día en que aplican todos los términos y las disposiciones de este Contrato. Es la fecha que figura en Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Electrónico/Electrónicamente significa que está relacionado con la tecnología al tener funciones eléctricas, digitales, magnéticas, inalámbricas, ópticas, electromagnéticas o similares.

Atención Médica de Emergencia significa cualquier servicio provisto para una Lesión Física o Enfermedad que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (como dolor intenso) para que una persona común, prudente y con conocimientos medios de salud y medicina considere razonablemente que la falta de atención médica inmediata pueda resultar en:

1. poner en grave peligro la salud de esa persona;
2. deteriorar gravemente sus funciones corporales;
3. provocar una grave desfiguración;
4. provocar una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
5. en una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud del niño por nacer.

Atención Médica de Emergencia no significa cualquier servicio para la conveniencia de la Persona Cubierta o del proveedor de tratamiento o servicios.

Experimental o de Investigación significa cualquier procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, instalación o medicamento (todos los servicios) que según Nuestro director médico o la persona que este haya designado:

1. No sea beneficioso para el diagnóstico o el tratamiento de la Enfermedad o Lesión Física.
2. No sea tan beneficioso como cualquier alternativa establecida.
3. No muestre mejoras fuera del campo de la investigación.

Se considerará Experimental o de Investigación a aquellos medicamentos, productos biológicos, dispositivos, tratamientos o procedimientos que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios:

1. No se pueden comercializar legalmente sin la aprobación final de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) de Estados Unidos para la Enfermedad o Lesión Física particular y no tiene la aprobación final de la FDA para el uso propuesto, a menos que:
 - a. Sean aceptados para ese uso en la edición más recientemente publicada de la Farmacopea de Estados Unidos: Información sobre Medicamentos para Profesionales de Atención Médica (USP-DI, United States Pharmacopoeia-Drug Information) o en la edición más reciente del Servicio de Formulario del Hospital Americano: Información sobre medicamentos (AHFS, American Hospital Formulary Service).
 - b. Sean identificados como seguros, ampliamente utilizados y generalmente aceptados como efectivos para ese uso, según se informa en literatura médica revisada por pares y reconocida a nivel nacional publicada en idioma inglés a la fecha del servicio; o
 - c. Sean exigidos por la ley estatal;
2. Son dispositivos que deben tener Autorización de Precomercialización (PMA, Premarket Approval) o Autorización 510K de la FDA, pero no la han recibido.
3. No son identificados como seguros, ampliamente utilizados y generalmente aceptados como efectivos para el uso propuesto, según se informa en literatura médica revisada por pares y reconocida a nivel nacional publicada en idioma inglés a la fecha del servicio.
4. Están sujetos a un ensayo de Fase I, II o III del Instituto Nacional de Cáncer (NCI, National Cancer Institute) o cualquier ensayo no reconocido por el NCI independientemente de la Fase, con excepción de lo dispuesto expresamente en este Contrato.

5. Son identificados como no cubiertos por el Manual de Cuestiones de Cobertura de Medicare, Carta de Póliza Operativa o Decisión de Cobertura Nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS; Centers for Medicare and Medicaid Services), con excepción de lo requerido por la ley estatal o federal.
6. La FDA no ha determinado que el dispositivo está contraindicado para la Enfermedad o Lesión Física particular para la cual se prescribió el dispositivo.
o bien
7. El tratamiento, los servicios o suministros:
 - a. No son tan efectivos para mejorar los resultados de salud ni tan económicos como la tecnología establecida; o
 - b. No se pueden utilizar en contextos clínicos apropiados donde no se puede aplicar la tecnología establecida.

Cualquier servicio que no esté cubierto por ser Experimental o de Investigación es elegible para la revisión de esa determinación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, Independent Review Organization). Consulte la disposición para el proceso de Apelación ante una Organización de Revisión Independiente en la cláusula de Disposiciones Generales de este Contrato.

Familiar significa Usted o Su cónyuge, o Usted o el hijo, hermano, hermana, padre o madre de Su cónyuge.

Máximo de Gastos de Bolsillo Familiar significa que una vez que la familia ha alcanzado el monto Máximo de Gastos de Bolsillo Familiar, según se indica en el Listado de Beneficios, ninguna Persona Cubierta de esa familia tendrá responsabilidad adicional de gastos de bolsillo por los Servicios Cubiertos durante el resto de ese Año del Plan. El monto máximo que una Persona Cubierta en una familia puede contribuir al Máximo de Gastos de Bolsillo Familiar en un Año Calendario es el monto que se aplica al Máximo de Gastos de Bolsillo individual.

Mercado de Seguros Médicos facilitado por el Gobierno Federal representa un mercado estructurado creado por la Ley de Cuidado Asequible de Salud, donde las personas y compañías pequeñas calificadas pueden adquirir cobertura de seguros médicos privados.

Centro Quirúrgico Independiente significa cualquier establecimiento público o privado autorizado que tenga instalaciones permanentes equipadas y administradas fundamentalmente para realizar Cirugía ambulatoria. No ofrece servicios ni comodidades para que los pacientes pasen allí la noche.

Medicamento Genérico significa un fármaco, medicina o medicamento que es fabricado, distribuido y puesto a disposición por un fabricante de productos farmacéuticos y es identificado por su nombre genérico, o cualquier medicamento designado como un medicamento genérico por una fuente reconocida en la industria que Nosotros utilizemos.

Profesional de Atención Médica significa un profesional individual, autorizado profesionalmente por la agencia estatal correspondiente para diagnosticar o tratar Lesiones Físicas o Enfermedades y que proporciona servicios dentro del alcance de esta autorización. Los servicios de los Profesionales de Atención Médica no están cubiertos si el profesional reside en el domicilio de la Persona Cubierta o es un Familiar.

Centro de Tratamiento Médico significa solamente una instalación, institución o clínica debidamente autorizada por la agencia estatal correspondiente, que está establecida y funciona principalmente dentro del alcance de su autorización. Centro de Tratamiento Médico no incluye un Centro de Tratamiento Residencial o un hogar de tránsito.

Agencia de Asistencia Domiciliaria significa una Agencia de Asistencia Domiciliaria o un Hospital que cumple con todos los requisitos indicados a continuación:

1. Debe ofrecer principalmente servicios especializados de enfermería y otros servicios terapéuticos bajo la supervisión de Profesionales de Atención Médica o Enfermeros.
2. Debe ser administrado de conformidad con procesos y procedimientos establecidos por un grupo de profesionales médicos, incluso Profesionales de Atención Médica y Enfermeros.
3. Debe llevar historias clínicas de todos los pacientes.

4. Debe estar autorizado por la jurisdicción donde se encuentra, si se requiere tal autorización. Debe ser administrado de acuerdo con las leyes de dicha jurisdicción aplicables a las agencias que proporcionan asistencia domiciliaria.

Plan de Asistencia Domiciliaria significa un plan de salud contratado con un proveedor de asistencia domiciliaria. El plan de asistencia domiciliaria consistirá en lo siguiente:

1. Cuidado proporcionado por un Enfermero u otro Profesional de Atención Médica, o bajo su supervisión, y no para Cuidado de Custodia
2. Terapia física, del habla, ocupacional y respiratoria
3. Trabajo social médico y servicios de nutrición
4. Dispositivos y equipos médicos y servicios de laboratorio, si los gastos incurridos por dichos suministros hubieran sido Servicios Cubiertos durante una Hospitalización

Un Profesional de Atención Médica deberá:

1. Revisar y aprobar el Plan de Asistencia Domiciliaria.
2. Certificar y verificar que se requiera el Plan de Asistencia Domiciliaria, en lugar de una Hospitalización u Hospitalización continuada.
3. No deberá estar relacionado con la Agencia de Asistencia Domiciliaria por Contrato ni ser su propietario.

Visita de Asistencia Domiciliaria significa servicios de asistencia domiciliaria proporcionados por cualquier Profesional de Atención Médica durante cuatro horas consecutivas o cualquier parte de ellas.

Agencia de Cuidados de Hospicio significa una agencia que:

1. Tiene como principal objetivo ofrecer servicios de hospicio a Pacientes que reciben Cuidados de Hospicio.
2. Está autorizada y es administrada de conformidad con las leyes del estado en el cual se encuentra.
3. Cumple con los siguientes requisitos:
 - a. Ha obtenido cualquier certificado de necesidad requerido;
 - b. Proporciona servicios las 24 horas del día, los siete días de la semana, bajo la supervisión de un Profesional de Atención Médica,
 - c. Cuenta con un administrador a tiempo completo;
 - d. Lleva registros por escrito de los servicios proporcionados a cada paciente; y e. Tiene un coordinador que:
 - i. Es un enfermero; y
 - ii. Tiene cuatro años de experiencia clínica a tiempo completo, de los cuales en al menos dos cuidó pacientes con enfermedades terminales.
4. Cuenta con un coordinador de servicios sociales autorizado.

Programa de Cuidados de Hospicio significa un programa interdisciplinario coordinado que es ofrecido por una institución de cuidados de hospicio y está diseñado para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales especiales de una Persona Cubierta que sufre una enfermedad terminal y sus Familiares directos, proporcionando Cuidados Paliativos y servicios de apoyo médicos, de enfermería y de otro tipo, a través de atención domiciliaria o mediante hospitalización. Las instituciones de cuidados de hospicio deberán:

1. Estar autorizadas por las leyes de la jurisdicción donde se encuentran y funcionar como una institución de cuidados de hospicio como se define en dichas leyes.

2. Ofrecer un programa de tratamiento para, al menos, dos personas no relacionadas que, de acuerdo con el diagnóstico médico realizado, no tengan una perspectiva razonable de cura para su Enfermedad; y según las estimaciones de su Profesional de Atención Médica, se espera que vivan menos de seis meses como resultado de dicha Enfermedad.

Para los fines exclusivos del beneficio de Cuidado de Hospicio, un Familiar directo se considera al padre/madre, cónyuge, hijo o hijastro de la Persona Cubierta.

Centro de Cuidados de Hospicio significa un centro autorizado o parte de un centro que:

1. Proporciona principalmente cuidados de hospicio.
2. Conserva las historias clínicas de todos los pacientes.
3. Tiene un programa permanente de control de calidad.
4. Cuenta con un Profesional de Atención Médica de guardia en todo momento.
5. Proporciona servicios especializados de enfermería las 24 horas del día, bajo la dirección de un Enfermero.
6. Cuenta con un administrador a tiempo completo.

Paciente de Hospicio significa un enfermo terminal con una expectativa de vida de seis meses o menor, según lo certificado por un Profesional de Atención Médica.

Hospital significa una institución que cumple con todos los requisitos indicados a continuación:

1. Debe brindar, cobrando una tarifa, asistencia médica y tratamiento de pacientes enfermos o lesionados en un entorno de hospitalización.
2. Debe brindar u operar, ya sea en sus instalaciones o en centros disponibles para el Hospital de forma previamente establecida, servicios médicos, de diagnóstico y quirúrgicos.
3. La asistencia médica y el tratamiento deben ser brindados y supervisados por Profesionales de Atención Médica. Los servicios de enfermería se deben brindar las 24 horas del día por parte de Enfermeros o bajo su supervisión.
4. Debe estar autorizado según las leyes de la jurisdicción en la que se encuentra.
5. Debe operar como un Hospital según la definición de esas leyes.
 - a. No puede ser principalmente un centro de convalecencia, reposo o para ancianos; o
 - b. Una instalación que brinde cuidados de custodia, educación o rehabilitación.

El Hospital debe estar acreditado por una de las siguientes asociaciones:

1. Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales
2. Asociación Americana de Osteopatía
3. Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación
4. DNV (Det Norske Veritas)

Tarjetas de Identificación o ID son tarjetas que cada Persona Cubierta recibe y que incluyen Nuestra dirección y número de teléfono.

Enfermedad significa un desequilibrio en la función o estructura del cuerpo de la Persona Cubierta que causa signos o síntomas físicos que, si no se tratan, traerán como resultado el deterioro del estado de salud de la estructura o el sistema del cuerpo de la Persona Cubierta. Los defectos congénitos se tratarán de la misma forma que cualquier otra Enfermedad. Las Complicaciones del Embarazo se tratarán de la misma forma que cualquier otra Enfermedad.

Tratamiento Contra la Infertilidad significa cualquier tratamiento, suministro, medicamento o servicio que tiene el objetivo de lograr el embarazo, o lograr o mantener la ovulación. Esto incluye, entre otros, lo siguiente:

1. Inseminación artificial
2. fecundación in vitro;
3. transferencia intratubárica de gametos (GIFT);
4. transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT);
5. transferencia tubárica de óvulos;
6. congelación o transferencia de embriones;
7. almacenamiento o banco de esperma;
8. almacenamiento o banco de óvulos;
9. banco de embriones o cigotos;
10. laparoscopia de diagnóstico y/o terapéutica;
11. histerosalpingografía;
12. ultrasonografía;
13. biopsia endometrial;
14. cualquier otra técnica de reproducción asistida o método de clonación.

Servicios para Pacientes Internados son los servicios prestados a una Persona Cubierta durante su Hospitalización.

Medicamento con Leyenda significa cualquier sustancia medicinal cuya etiqueta, según la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, debe llevar la leyenda: Precaución: La Ley Federal prohíbe su venta sin Receta.

Enfermedad Potencialmente Mortal significa una enfermedad o afección que probablemente resulte en la muerte si no se interrumpe su evolución.

Red de Proveedores Limitada significa una subred dentro de una red de prestaciones de HMO en la que existen relaciones contractuales entre Médicos, determinados Proveedores, asociaciones médicas independientes y/o grupos Médicos que limitan Su acceso a los Médicos y Proveedores de la subred únicamente.

Edad Límite significa el cumpleaños número 26 del Dependiente.

Mamografía de Dosis Baja significa:

1. El examen de rayos x de la mama utilizando equipos dedicados específicamente para la realización de mamografías, que incluye tubo de rayos x, filtro, dispositivo de compresión y pantallas con una exposición promedio a la radiación de menos de un radián en la mitad de la mama y con dos vistas de cada mama.
2. la mamografía digital;
3. la tomosíntesis de mamas.

Farmacia de Pedidos por Correo es una farmacia que brinda servicios de Farmacia cubiertos con entrega por correo, según Nuestra definición, y entrega por correo de recetas o resurtidos cubiertos a las Personas Cubiertas.

Cuidado de Mantenimiento significa servicios proporcionados principalmente para:

1. mantener, en lugar de mejorar, el nivel de función física o mental;
2. brindar un entorno protegido sin exposiciones que puedan empeorar la afección física o mental de la Persona Cubierta.

Mercado significa Mercado de Seguros Médicos facilitado por el Gobierno Federal a través del cual se ofrecen Planes de Salud Calificados a personas elegibles en Texas.

Hogar Médico es un modelo de atención médica en equipo liderado por un médico, auxiliar médico (P.A.) o enfermero profesional (N.P.) que ofrece atención médica integral y continua a los pacientes con el fin de obtener mejores resultados para la salud de la persona.

Medicamento Necesario significa el alcance requerido de un servicio, tratamiento o procedimiento de cuidado de la salud que un Profesional de la Salud le proporcionaría a un paciente con el propósito de diagnosticar, paliar o tratar una Enfermedad o Lesión Física, o sus síntomas. El hecho de que un Profesional de Atención Médica pueda recetar, autorizar o dirigir un servicio no significa por sí solo que sea Medicamento Necesario o que esté cubierto en función de esta Enfermedad. El servicio, tratamiento o procedimiento de cuidado de la salud debe:

1. Adaptarse a las convenciones aceptadas de la práctica médica nacionalmente reconocidas e identificadas como seguras, ampliamente utilizadas y generalmente consideradas efectivas para el uso propuesto;
2. Ser clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, extensión, ubicación y duración;
3. No ser principalmente para la conveniencia del paciente o del Profesional de Atención Médica;
4. Estar claramente fundamentado y respaldado por los expedientes médicos y la documentación relativos a la condición del paciente;
5. Realizarse de la manera más económicamente eficiente según lo requerido por la afección del paciente.
6. Estar apoyado por la preponderancia de la literatura médica nacionalmente reconocida y arbitrada, si la hubiere, y publicada en el idioma inglés a la fecha de servicio.
7. No ser Experimental o de Investigación.

Salud Mental significa una Enfermedad Mental o Dependencia Química.

Enfermedad Mental significa las pruebas de diagnóstico y el tratamiento de una neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o de una enfermedad o un trastorno mental o emocional de cualquier tipo. Esto es así independientemente del motivo original del trastorno.

Obesidad Mórbida (obesidad clínicamente grave) significa un índice de masa corporal (IMC), según determine un Profesional Médico a la fecha de servicio de:

1. 40 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m²).
2. 35 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m²) con una condición de comorbilidad asociada, como hipertensión, diabetes de tipo II, condiciones cardiopulmonares potencialmente mortales o artropatía, que tendría tratamiento si no fuera por la obesidad.

Pruebas Neuroconductuales se refiere a una evaluación del historial de la dificultad neurológica y psiquiátrica, los síntomas actuales, el estado mental actual y la historia premórbida, incluida la identificación de conducta problemática y la relación entre la conducta y las variables que la controlan. Esto puede incluir entrevistas a la persona, a familiares o a otras personas.

Tratamiento Neuroconductual son intervenciones que se centran en la conducta y las variables que la controlan.

Rehabilitación Neurocognitiva se refiere a servicios diseñados para ayudar a las personas con deterioros cognitivos para compensar los déficits en el funcionamiento cognitivo al restablecer las capacidades cognitivas o desarrollar estrategias y técnicas de compensación.

Terapia Neurocognitiva se refiere a servicios diseñados para tratar déficits neurológicos en el procesamiento de la información y para facilitar el desarrollo de habilidades cognitivas de mayor nivel.

Terapia de Retroalimentación Neurológica se refiere a servicios que utilizan procedimientos de aprendizaje del condicionamiento operante basados en parámetros de electroencefalografía (EEG) y están diseñados para mejorar la conducta y el rendimiento mental, y estabilizar los estados de ánimo.

Pruebas Neurofisiológicas se refiere a una evaluación de las funciones del sistema nervioso.

Tratamiento Neurofisiológico son intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso.

Pruebas Neuropsicológicas se refiere a la administración de una batería completa de pruebas para evaluar las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, y su relación con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.

Tratamiento Neuropsicológico representa intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos conductuales y cognitivos.

Farmacia No Participante se refiere a una Farmacia que no ha firmado un acuerdo directo con Nosotros, no ha firmado un acuerdo directo con Nosotros como contratista independiente o no hemos contratado para ofrecer servicios de Farmacia cubiertos, servicios de Farmacia Especializada cubiertos o servicios de Farmacia de Pedidos por Correo cubiertos, según nuestra definición, a Personas Cubiertas, incluidas las Recetas cubiertas o las renovaciones enviadas a través del correo.

Médico No Participante se refiere a un Médico que no ha firmado un acuerdo directo con Nosotros como Contratista independiente o no hemos contratado como Proveedor Participante.

Proveedor No Participante se refiere a un Hospital, Centro de Tratamiento Médico, Profesional de Atención Médica u otro proveedor que no ha firmado un acuerdo directo con Nosotros como Contratista independiente o no hemos contratado como Proveedor Participante.

Medicina Nuclear se refiere a radiología en la que los radioisótopos (compuestos que contienen formas radioactivas de átomos) se introducen en el cuerpo con el objetivo de obtener imágenes, evaluar el funcionamiento de órganos o localizar enfermedades o tumores.

Enfermero se refiere a un Enfermero Registrado (R.N.), una Auxiliar de Enfermería con licencia (L.P.N.) o un Enfermero Profesional con licencia (L.V.N.).

Estado de Observación se refiere a una estadía en un Hospital o un Centro de Tratamiento Médico por un período de hasta 72 horas si la Persona Cubierta:

1. no ha sido admitida como paciente internado;
2. está retenida físicamente en una sala de emergencias, sala de tratamiento, sala de observación u otra área similar; o bien,
3. está en observación para determinar si se requerirá una Hospitalización.

Medicamento Fuera de Prospecto se refiere a un medicamento aprobado y legalmente recetado para un fin que no sigue las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Período de Tratamiento para el Trasplante de Órganos se refiere a 365 días a partir de la fecha del alta del Hospital luego de un Trasplante de Órganos Cubierto recibido mientras tenía nuestra cobertura.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo se refiere al monto máximo que una persona o familia paga cada Año del Plan por servicios cubiertos en conformidad con este Contrato. Esta cantidad incluye copagos, pero no incluye:

1. administración de uso o penalizaciones de Medicamentos con Receta;
2. servicios no cubiertos;
3. otros límites del Contrato.

Existe una diferenciación entre los Montos Máximos de Gastos de Bolsillo para Proveedores Participantes individuales y los familiares. Consulte el Listado de Beneficios para obtener información sobre los montos específicos.

Servicios de Tratamientos Diarios Ambulatorios se refiere a servicios estructurados provistos para satisfacer los déficits de las funciones cognitivas, psicológicas o de la conducta. Dichos servicios pueden ofrecerse en entornos que incluyen entornos residenciales transitorios, de integración de la comunidad o de tratamientos no residenciales.

Servicios Ambulatorios se refiere a servicios que se prestan a una Persona Cubierta mientras no está internada como paciente registrado. Los Servicios ambulatorios incluyen, entre otros, servicios prestados en:

1. el consultorio de un Profesional de Atención Médica
2. el entorno hospitalario para pacientes ambulatorios
3. un centro de cirugía independiente
4. una maternidad con licencia
5. una clínica o laboratorio independiente

Cuidados Paliativos significa la atención que recibe una Persona Cubierta para mitigar, disminuir, aliviar, pero no curar una Lesión Física o Enfermedad.

Hospitalización Parcial son servicios ofrecidos en un programa ambulatorio por un Hospital o Centro de Tratamiento Médico en el que los pacientes no permanecen en las instalaciones durante un período completo de 24 horas.

1. Para un tratamiento psiquiátrico interdisciplinario intensivo por un mínimo de cinco horas por día, cinco días a la semana.
2. Que contemple programas de capacitación social, psicológica y de rehabilitación enfocados en la reinserción en la comunidad, y admita niños y adolescentes que deben realizar un programa de tratamiento diseñado para cumplir las necesidades especiales de ese rango etario.
3. Que tenga Profesionales de Atención Médica inmediatamente disponibles para las necesidades de emergencia y urgencia de los pacientes.

El programa de Hospitalización Parcial debe acreditarse mediante la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales o de acuerdo con una norma equivalente.

También se consideran servicios de Hospitalización Parcial los programas de rehabilitación por abuso de drogas autorizados y los programas de rehabilitación por alcoholismo que acredita la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o que aprueba el organismo estatal correspondiente.

La Hospitalización Parcial no incluye los siguientes servicios:

1. Cuidado de Custodia, o
2. Atención diurna

Farmacia Participante se refiere a una Farmacia que ha firmado un acuerdo directo con Nosotros o la hemos Contratado para ofrecer servicios de Farmacia, servicios de Farmacia Especializada cubiertos o servicios de Farmacia de Pedidos por Correo cubiertos, según nuestra definición, a Personas Cubiertas incluidas las Recetas cubiertas o las renovaciones enviadas a través del correo.

Proveedor Participante se refiere a un Hospital, Centro Tratamiento Médico, Profesional de Atención Médica u otro proveedor que ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o hemos contratado para prestarles servicios a Personas Cubiertas.

Médico Participante se refiere a un Médico que se designó como tal y ha firmado un acuerdo directo con Nosotros como contratista independiente o hemos contratado para prestarles servicios a Personas Cubiertas.

Farmacéutico se refiere a una persona que tiene licencia para preparar, combinar y surtir medicamentos, y que ejerce su profesión según el alcance de su licencia.

Farmacia se refiere a un establecimiento con licencia donde un Farmacéutico surte medicamentos con Receta.

Médico se refiere a: 1) una persona autorizada para ejercer la medicina en este estado; 2) una asociación profesional organizada según la Ley de Asociación Profesional de Texas (Texas Professional Association Act) (Artículo 1528f, Estatutos Civiles de Vernon, Texas); 3) una empresa de salud sin fines de lucro aprobada y certificada según el

Capítulo 162 del Código de Ocupaciones (Occupations Code); 4) una facultad de medicina o unidad médica y odontológica, tal como se define o describe en las Secciones 61.003, 61.501 o 74.601 del Código de Educación (Education Code), que emplea o a médicos, o celebra contratos con ellos, para enseñar o prestar servicios médicos, o emplea médicos y celebra contratos con médicos en un plan de práctica; 5) otra persona que está bajo el mando exclusivo de médicos.

Año del Plan se refiere al período de tiempo que comienza en la fecha en que los beneficios, según el presente Contrato, entran en vigencia para esa Persona Cubierta y que termina el 31 de diciembre de ese año.

Servicios de Tratamiento posteriores a un Cuadro Agudo son servicios que se ofrecen después de una hospitalización o tratamiento por un cuadro agudo y se basan en una evaluación de los déficits funcionales cognitivos, conductuales o físicos de la persona, que incluyen un tratamiento realizado con el objetivo de lograr cambios funcionales reforzando, fortaleciendo o reestableciendo patrones de conducta previamente adquiridos o estableciendo nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos de compensación.

Servicios de Transición Posteriores a Cuadro Agudo se refiere a servicios que facilitan la continuidad de la atención luego del traumatismo neurológico mediante rehabilitación y reintegración comunitaria.

Receta significa una orden directa para la preparación y el uso de un fármaco, medicina o medicamento, o un producto biológico. El medicamento, la medicina, la medicación o la sustancia biológica debe obtenerse solo mediante una Receta.

Un Profesional de Atención Médica debe darle la Receta a un Farmacéutico para que la reciba y la use una Persona Cubierta para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión Física que cubra este Contrato. El Profesional de Atención Médica le puede dar la Receta al Farmacéutico de manera verbal, electrónica o por escrito.

La Receta debe incluir, al menos, la siguiente información:

1. El nombre de la Persona Cubierta.
2. El tipo y la cantidad de medicamento, medicina, medicación o sustancia biológica recetada y las instrucciones para su uso.
3. La fecha en que se hizo la Receta.
4. El nombre y la dirección del Profesional de Atención Médica que hizo la Receta.

Pruebas Prequirúrgicas o de Procedimiento se refiere a:

1. Análisis de laboratorio o estudios radiológicos realizados de forma ambulatoria en un Hospital u otro centro que apruebe el Hospital antes de una Internación Hospitalaria, o procedimientos o Cirugía ambulatoria.
2. La prueba debe ser por la misma Enfermedad o Lesión Física que ocasionó que la Persona Cubierta esté internada en el Hospital o deba realizarse el procedimiento o Cirugía ambulatoria.

Servicios Preventivos se refiere a servicios en las siguientes recomendaciones adecuadas para una Persona Cubierta:

1. Los servicios con una calificación A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de trabajo de servicios preventivos de EE. UU. (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force). Se considerarán como actuales las recomendaciones del USPSTF publicadas antes de noviembre del 2009 sobre cribados, mamografía y prevenciones del cáncer de mama.
2. Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for disease Control and Prevention);
3. La atención preventiva para lactantes, niños y adolescentes que figura en las pautas integrales que respalda la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, Health Resources and Services Administration).
4. La atención preventiva para mujeres que figura en las pautas integrales que respalda la HRSA.

Para ver los Servicios Preventivos recomendados que se aplican a Su Contrato, consulte el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.(HHS) www.HHS.gov o llame al número de teléfono de Servicios para Miembros de que se encuentra en el reverso de Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Médico de Atención Primaria o Proveedor de Atención Primaria (PCP) es un médico o proveedor que ha acordado con Community ofrecerle a Usted un hogar médico, y que es responsable de ofrecer cuidados primarios e iniciales a los pacientes, manteniendo la continuidad de la atención de los pacientes e iniciando las derivaciones correspondientes. Los tipos de proveedores que pueden ser PCP son de cualquiera de las siguientes áreas de práctica: Medicina General, Medicina de Familia, Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia/Ginecología (OB/GYN), Enfermeros de Prácticas Avanzadas (APN, Advanced Practice Nurses) y Auxiliares Médicos (PA, Physician Assistants) (cuando los APN y PA ejercen bajo la supervisión de un médico especializado en Medicina de Familia, Medicina Interna, Pediatría o bien Obstetricia/ Ginecología, que también califique como PCP de acuerdo con este contrato), Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, Federally Qualified Health Center), Clínicas de Salud Rurales (RHC, Rural Health Clinics) y clínicas comunitarias similares; y médicos especialistas que desean proporcionar un Hogar Médico a determinados Miembros con afecciones y necesidades especiales.

Autorización Previa se refiere a una determinación Nuestra o de una persona que hayamos designado de que un Servicio o un medicamento con Receta es Medicamento Necesario antes de que se proporcione. La Autorización Previa no garantiza que este Contrato cubra el servicio propuesto o el medicamento con Receta.

Proveedor se refiere a:

1. Una persona, que no sea un médico, que tiene una licencia o está autorizada a brindar un servicio de atención médica en este estado, incluidos los siguientes:
 - a. un quiropráctico, enfermero registrado, farmacéutico, optometrista, óptico registrado o acupunturista; o
 - b. farmacia, hospital u otra institución u organización
2. Una persona que está bajo el mando o recibe órdenes de un proveedor o un grupo de proveedores que tienen una licencia o, de lo contrario, están autorizados para brindar el mismo servicio de atención de la salud.
3. Una persona que está bajo el mando o recibe órdenes de uno o más hospitales o médicos, incluida una organización de médicos y hospitales.

Pruebas Psicofisiológicas se refiere a una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales, y la conducta.

Tratamiento Psicofisiológico son intervenciones diseñadas para aliviar o reducir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso causadas por factores conductuales o emocionales.

Plan de Salud Calificado se refiere a un plan de beneficios de salud certificado por el Mercado de Seguros Médicos Facilitado por el Gobierno Federal ofrecido en Texas.

Cirugía Reconstructiva se refiere a la Cirugía para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anómala ocasionada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Cirugía Reconstructiva para Anormalidades Craneofaciales significa cirugía en la cara o en la cabeza para mejorar la función, o para intentar crear una apariencia normal, de una estructura anormal provocada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedades.

Servicios de Rehabilitación se refiere al tratamiento especializado para la Enfermedad o Lesión Física que cumple con los siguientes requisitos:

1. Es un programa de servicios que presta uno o más miembros de un equipo multidisciplinario.
2. Está diseñado para mejorar la función e independencia del paciente.
3. Está bajo la dirección de un Profesional de Atención Médica calificado.

4. Incluye un plan de tratamiento formal por escrito con objetivos y objeciones específicos que se pueden alcanzar y medir.

Diente Natural Sano significa un diente que:

1. sea orgánico y se haya formado por el desarrollo natural del cuerpo (no haya sido fabricado, tenga una funda o corona ni haya sido pegado);
2. no haya sido restaurado en gran medida;
3. no se haya cariado mucho ni haya tenido alguna enfermedad periodontal;
4. no sea más susceptible a las lesiones que un diente natural entero (por ejemplo, un diente que anteriormente se haya roto, quebrado, rellenado, rajado o fracturado).

Circunstancias Especiales significa una condición respecto de la cual el Profesional de la Salud o proveedor de atención médica a cargo del tratamiento razonablemente cree que el hecho de interrumpir la atención proporcionada por el Profesional de Atención Médica o proveedor que trata al paciente podría perjudicar a la Persona Cubierta. Los ejemplos de Circunstancias Especiales incluyen los siguientes:

1. una Persona Cubierta con una discapacidad;
2. una Persona Cubierta con una afección aguda;
3. una Persona Cubierta con una Enfermedad Potencialmente Mortal;
4. una Persona Cubierta que tiene más de 24 semanas de embarazo.

Médico de Atención Especializada significa un Profesional de Atención Médica dentro la red que ha recibido capacitación en un área médica específica que no sea las especialidades indicadas para un PCP.

Medicamento Especializado significa un fármaco, medicina o medicamento, o producto biológico, utilizado como terapia especializada, desarrollado para Lesiones Físicas o Enfermedades crónicas complejas. Los Medicamentos especializados podrán:

1. requerir servicios de enfermería o programas especiales para respaldar el cumplimiento de los pacientes;
2. requerir programas de tratamientos específicos para la enfermedad;
3. tener requisitos de distribución limitados;
4. tener requisitos especiales de manejo, almacenamiento o envío.

Farmacia Especializada significa una Farmacia que ofrece servicios de Farmacia especializada cubiertos, según definamos, a las Personas Cubiertas.

Terapia Escalonada significa un tipo de Autorización Previa. Podemos pedirle a la Persona Cubierta que siga determinados pasos antes de recibir Nuestra cobertura de determinados fármacos, medicinas, medicamentos o productos biológicos de alto costo. Podemos pedirle a la Persona Cubierta que pruebe un fármaco, medicina o medicamento similar que, según se haya determinado, es seguro, efectivo y menos costoso para la mayoría de las personas que tienen la misma afección que la Persona Cubierta. Las alternativas pueden incluir medicamentos de venta sin receta, Medicamentos Genéricos y medicamentos de marca.

Cuidado Médico Subagudo significa un programa de cuidado integral a corto plazo mediante hospitalización para una Persona Cubierta con una Enfermedad o Lesión Física que:

1. no requiere que la Persona Cubierta tenga una admisión previa como paciente internado en un Centro de Tratamiento Médico;
2. no requiere procedimientos intensivos de diagnóstico y/o invasivos;

3. requiere la dirección de un Profesional de Atención Médica, atención de enfermería intensiva, uso significativo de servicios complementarios y un enfoque interdisciplinario centrado en los resultados utilizando un equipo médico profesional para realizar intervenciones clínicas complejas.

Centro de Rehabilitación Subaguda significa un centro que proporciona Cuidado Médico Subagudo para Servicios de Rehabilitación por Enfermedades o Lesiones Físicas mediante hospitalización. Este tipo de centro deberá cumplir con todos los requisitos que se mencionan a continuación:

1. estar autorizado por el estado en el cual se ofrecen los servicios para proporcionar Cuidado Médico Subagudo para Servicios de Rehabilitación;
2. Tener entre su personal a un Profesional de Atención Médica de guardia las 24 horas del día.
3. Brindar servicios de enfermería que estén supervisados por un Enfermero en servicio las 24 horas del día.
4. Mantener registros médicos completos diariamente para cada paciente.
5. no ofrecer principalmente atención de Salud Mental, aunque estos servicios pueden ofrecerse en un área diferente de la misma instalación física. El centro también puede proporcionar atención a largo plazo o Cuidado Asistencial que no estaría cubierto en virtud este Contrato.

Cirugía significa que está categorizada como Cirugía en los Manuales de Terminología Procedimental Actual (CPT, Current Procedural Terminology) publicados por la Asociación Médica Estadounidense. El término Cirugía incluye, entre otros, lo siguiente:

1. extirpación o incisión en la piel o tejidos mucosos, o inserción de un dispositivo en los orificios naturales del cuerpo con fines exploratorios;
2. inserción de instrumentos en cualquier orificio del cuerpo, sea natural o no, realizada con fines de diagnóstico u otros fines terapéuticos;
3. tratamiento de fracturas.

Servicios de Telesalud significa un Servicio de atención médica, que no sea un Servicio Médico de Telemedicina, proporcionado por un profesional de la salud autorizado o certificado, o que de otro modo tiene derecho a practicar la medicina en este estado, y que actúa dentro del alcance de su licencia, certificación o derecho como profesional de la salud respecto de un paciente que se encuentra en un lugar distinto del lugar donde está el profesional de la salud, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información. Los servicios cubiertos entregados a una Persona Cubierta como un Servicio de Telesalud están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida que lo estarían si se brindaran en un entorno en persona.

Servicios Médicos de Telemedicina significa Servicios médicos proporcionados por un Médico autorizado en este estado o un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión de un Médico autorizado en este estado, y que actúa dentro del alcance de la licencia de Médico o profesional de la salud respecto de un paciente que se encuentra en un lugar distinto del lugar donde se encuentra el médico o profesional de la salud, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información. Los servicios cubiertos entregados a una Persona Cubierta como un Servicio Médico de Telemedicina están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida que lo estarían si se brindaran en un entorno en persona.

Atención Médica de Urgencia significa servicios de salud o servicios de Salud Mental en afecciones que no son de emergencia. Por lo general se brindan en el consultorio del médico o proveedor, o en un Centro de Atención de Urgencias, como consecuencia de una lesión o enfermedad aguda lo suficientemente grave o dolorosa para que una persona común, prudente y con conocimientos medios de salud y medicina considere que dicha afección, lesión o enfermedad es de una naturaleza tal que, si no es tratada dentro de un período razonable, producirá un grave deterioro en la condición de su salud.

Centro de Atención Médica de Urgencia significa cualquier instalación independiente pública o privada con autorización, que no sea un Hospital, que tenga instalaciones permanentes equipadas para proporcionar servicios de atención médica de urgencia en forma ambulatoria.

Usual y Habitual son los honorarios habituales en el área geográfica donde

Se brindan los Servicios, que se basan razonablemente en las circunstancias.

Nosotros, Nos o Nuestro significa o se refiere de otra forma a la compañía de seguros como aparece en la portada de este Contrato.

Compensación de Trabajadores significa cobertura provista bajo una póliza de seguro de conformidad con la Ley de Compensación de Trabajadores de Texas, Título 5 del Código Laboral de Texas, Subtítulo A, como compensación por una lesión indemnizable durante el curso y el alcance del empleo.

Usted/Su significa la Persona Cubierta.

Listado de Beneficios: HMO Gold 001

Este Listado de Beneficios resume la información sobre beneficios para los Servicios Cubiertos que se describen con más detalle en la cláusula Administración de los Beneficios del Contrato de este Contrato Lea detenidamente el Contrato por completo para entender todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones aplicables.

Deducible Individual y Familiar: \$0	
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo	
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo (individual), por	\$8,150
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo (Familiar), por Familia,	\$16,300

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Cantidad Permitida
Servicios para Pacientes Ambulatorios		
Visita al consultorio de Atención Primaria	Visita al Consultorio del Médico que no sea para Recibir Servicios de Cuidado Preventivo. (Consulte la Cláusula 3(h).	\$30
Visita a un Especialista	Consulte la Cláusula 3(h).	\$65
Tarifa de Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios	Ambulatorio Hospital Servicios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin admisión. Consulte la Cláusula 3(g).	\$300
Cirugía para Pacientes Ambulatorios Servicios Quirúrgicos/Médicos	Honorarios profesionales para procedimientos de cirugía para pacientes ambulatorios Consulte la Cláusula 3(h).	\$300
Laboratorio para Pacientes Ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$30
Radiografías ambulatorias e Imagenología de Diagnóstico	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$30
TC/PET/MRI para Pacientes Ambulatorios y otros Procedimientos de Diagnóstico Ambulatorio	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$500
Diálisis	Por visita para diálisis Consulte la Cláusula	\$65
Pruebas para la Alergia y Tratamientos	Por visita para tratamientos de alergia Consulte la Cláusula 3(h).	\$30
Quimioterapia, Radiación, y Terapia de infusión	Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Asesoramiento en Nutrición	Consulte la Cláusula 3(h).	\$30

Servicios de Cuidado Preventivo		
Servicios de Cuidado Preventivo	Los Servicios de Cuidado Preventivo están cubiertos por el Plan en un 100%, sin deducible. Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para obtener una lista actualizada de los Servicios de Cuidado Preventivo cubiertos. Consulte la Cláusula 3(o).	\$0
Vacunas	Las vacunas correspondientes a cada edad están cubiertas por el Plan en un 100%, sin deducible. Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para obtener una lista actualizada de los Cuidados Preventivos cubiertos. Consulte la Cláusula 3(o).	\$0
Servicios Hospitalarios		
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Copago por cada día de servicios para pacientes internados El número máximo de días por admisión cuyo copago se debe es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(g).	\$700 por día durante los primeros 5 días
Médico de Hospitalización y Servicios Quirúrgicos	Honorarios profesionales por cirugía hospitalaria y otros servicios médicos para pacientes hospitalizados. Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Servicios de Emergencia		
Servicios de Sala de Emergencias	Por episodio de Servicios de la Sala de Emergencias. Consulte la Cláusula 3(f). (Copago exento si es admitido (se aplican los gastos de hospitalización).	\$700
Servicios de Transporte de Emergencia	Consulte la Cláusula 3(u).	\$65
Servicios de Atención		
Centro de Atención Médica de Urgencia	Consulte la Cláusula 3(v).	\$65
Atención de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios y Tratamiento por Problemas de Consumo de Sustancias		
Servicios de Atención de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Visita de atención de salud mental para pacientes ambulatorios a un Profesional de la Salud o realizada por él. Consulte la Cláusula 3(k)	\$30 por visita al <u>consultorio</u>
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Problemas de Consumo de Sustancias	Visita de pacientes ambulatorios por problemas de consumo de sustancias a un Profesional de la Salud o realizada por él. Consulte la Cláusula 3(k).	\$30 por visita al <u>consultorio</u>

Cuidado de Salud Mental para Pacientes Internados		
Servicios de Cuidado de Salud Mental para Pacientes Internados	Copago por cada día de servicios para pacientes internados La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(k).	\$700 por día durante los primeros 5 días
Servicios Médicos de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Honorarios profesionales por servicios médicos de salud mental para pacientes internados. Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	Copago por cada día de servicios por problemas de consumo de sustancias para pacientes internados. La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(k)	\$700 por día durante los primeros 5 días
Servicios Médicos por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	Honorarios profesionales por servicios médicos para pacientes hospitalizados por problemas de consumo de sustancias. Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Terapia de Rehabilitación		
Terapia de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	Se limita a servicios Médicamente Necesarios de Terapia de Rehabilitación de pacientes ambulatorios a o por un Proveedor Participante que no sea un Médico de Atención Primaria.	\$65
Servicios de Habilidadación	Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Rehabilitación Ocupacional y Fisioterapia de Rehabilitación	Se limita a Servicios Médicamente Necesarios Terapia de Rehabilitación, que incluye terapia Ocupacional y terapia física.	\$65
Terapia del Habla	Se limita a una necesidad médica	\$65
Atención Quiropráctica		
Visita de Atención Quiropráctica	Atención Quiropráctica y se limita a 35 visitas por año. Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Atención Médica a Domicilio		
Visita de Atención Médica Domiciliaria	Visita médica domiciliaria a un Proveedor Participante o realizada por él, que no sea un Médico de Atención Primaria. La cobertura de todos los Servicios de Atención Médica Domiciliaria se limita a 60 visitas por Año del Plan, Consulte la Cláusula 3(i).	\$65

Centro Especializado de Enfermería		
Centro Especializado de Enfermería	Copago por cada día de servicios en centros de enfermería especializada. La cantidad máxima de días por admisión para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. La cobertura se limita a 25 días por Año del Plan. Vea la Cláusula 3(r)	\$700 por día durante los primeros 5 días -
Servicios de Hospicio		
Servicios de Hospicio	Consulte la Cláusula 3(j). El costo compartido depende del tipo y el lugar de servicio.	\$65
Servicios de Hospicio	El copago por internación se aplica por día hasta 5 días de internación.	\$700 por día durante los primeros 5 días.
Servicios de Maternidad		
Servicios Profesionales para Cuidado Prenatal y Posnatal	Copago por atención por maternidad a cargo de un Proveedor participante. Consulte la Cláusula 3(l).	\$65 por acontecimiento
Parto y todos los Servicios de Hospitalización para Atención de Maternidad	Copago por cada día de servicios de hospitalización. La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(l).	\$700 por día durante los primeros 5 días
Servicios Oftalmológicos		
Exámenes oftalmológicos de rutina para niños de 18 años y menos (hasta que el niño cumpla 19 años)	Consulte la Cláusula 3(w).	\$65
Anteojos para Niños de hasta 18 años y menos (hasta que el niño cumpla 19 años)	Consulte la Cláusula 3(w).	\$65
Aparatos Médicos Duraderos/Órtesis/Prótesis y Audífonos		
Equipo Médico Duradero	Consulte la Cláusula 3(e).	30%
Audífonos	Consulte la Cláusula 3(e).	30%
Servicios para Diabéticos y Educación		
Cuidado de Rutina de los Pies	Consulte la Cláusula 3(d).	\$30/25/50/20 por visita después del
Educación sobre la Diabetes	Consulte la Cláusula 3(d).	\$30
Administración del Cuidado para las Personas Diabéticas	Consulte la Cláusula 3(d).	\$30
Servicios de Trasplante		
Servicios de Trasplante de Pacientes Hospitalizados	Copago por cada día de servicios de hospitalización para trasplante. La cantidad máxima de días por admisión para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Consulte la Cláusula 3(s).	\$700 por día durante los primeros 5 días

Medicamentos con Receta		
Medicamentos Preventivos	Determinados medicamentos Preventivos están cubiertos por el Plan en un 100% Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para obtener una lista actualizada de los medicamentos preventivos. Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos Genéricos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$20
Medicamentos de Marca	Consulte la Cláusula 3(n).	\$40
Medicamentos de Marca No Preferidos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$80
Medicamentos Específicos	Consulte la Cláusula 3(n).	30%
Medicamentos con Receta Pedidos por Correo		
Medicamentos Genéricos	Medicamentos Genéricos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo.	\$20 suministro para 30 días \$50 suministro para 90 días
Medicamentos de Marca Preferidos	Medicamentos de Marca Preferidos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo. Consulte la Cláusula 3(n).	\$40 suministro para 30 días \$100 suministro para 90 días
Medicamentos de Marca No Preferidos	Medicamentos de Marca No Preferidos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo. Consulte la Cláusula 3(n).	\$80 suministro para 30 días \$200 suministro para 90 días
Servicios No Cubiertos		
Servicios que Su Plan NO Cubre	<ul style="list-style-type: none"> - Acupuntura - Cirugía bariátrica - Atención dental (adultos y niños) - Oftalmología (adultos) - Atención a largo plazo - Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos - Atención de rutina de la vista (adultos) - Programas para bajar de peso - Tratamiento de la infertilidad - Cirugía estética 	Revise la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa en "Exclusiones y Limitaciones Generales". Consulte la Cláusula 5.

Listado de Beneficios (Todos los Planes: sin costo de variación)

Este Listado de Beneficios resume la información sobre beneficios para los Servicios Cubiertos que se describen con más detalle en la cláusula Administración de los Beneficios del Contrato de este Contrato. Lea detenidamente el Contrato por completo para entender todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones aplicables.

Deducible Médico y Farmacia (Combinado)	
Deducible, por persona, por Año del Plan	\$0
Deducible, por familia, por Año del Plan	\$0
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo	
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo, por persona, por Año del Plan	\$0
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo, por familia, por Año del Plan	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/Coseguro
Servicios para Pacientes		
Visita al consultorio de Atención Primaria	Visita al Consultorio del Médico que no sea para recibir Servicios de Cuidado Preventivo. (Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Visita a un Especialista	Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Servicios para Pacientes Ambulatorios	<i>Los Servicios para Pacientes Ambulatorios y de Rehabilitación están sujetos a distintos costos compartidos según sea un servicio por visita u otro servicio ambulatorio.</i>	
Tarifa de Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios proporcionados en un centro ambulatorio o en un hospital sin admisión. Consulte la Cláusula 3(g).	\$0
Servicios Médicos/Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios	Honorarios profesionales para procedimientos de cirugía para pacientes ambulatorios Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Laboratorio para Pacientes Ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$0

CHCSOBGHIM_LPN_2020_August_2019

Imagenología de Diagnóstico y Rayos x para Pacientes Ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$0
Imagenología de Diagnóstico y Rayos x para Pacientes Ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$0
Procedimientos de TC/PET/MRI para Pacientes Ambulatorios y Otros	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$0
Procedimientos de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios	Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Diálisis	Por Visita para Diálisis. Consulte la Cláusula 3(g).	\$0
Pruebas y Tratamientos para la Alergia	Por visita para tratamientos de alergia Consulte Cláusula 3(h).	\$0
Quimioterapia, Radiación, y Terapia de Infusión	Consulte la Cláusula 3(m).	\$0
Asesoramiento en Nutrición	Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Servicios de Cuidado Preventivo		
Servicios de Cuidado Preventivo	Los servicios de Cuidado Preventivo están cubiertos por el Plan al 100 % Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para obtener una lista actualizada de los Servicios de Cuidado Preventivo cubiertos. Consulte la Cláusula 3(o).	\$0
Vacunas	Las vacunas correspondientes a cada edad están cubiertas por el Plan al 100 %. Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para obtener una lista actualizada de los Cuidados Preventivos cubiertos. Consulte la Cláusula 3(o).	\$0
Servicios Hospitalarios		
Servicios Hospitalarios para Pacientes Internados	Copago por cada día de servicios pacientes internados. El número máximo de días por admisión cuyo copago se debe es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(g).	\$0

Servicios Quirúrgicos y Médicos para Pacientes Internados	Honorarios profesionales para servicios de cirugía y otros servicios médicos para pacientes internados. Consulte la Cláusula 3(h).	\$0
Servicios de Emergencia		
Servicios de la Sala de Emergencias	Por episodio de Servicios de la Sala de Emergencias. Consulte la Cláusula 3(f). El copago no se exige si se admite al paciente en el Hospital (se aplican los gastos para pacientes internados).	\$0
Servicios de Transporte de Emergencia	Consulte la Cláusula 3(u).	\$0
Cuidado de Salud Mental y Tratamiento por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	<i>Los Servicios de Salud Mental/Conductual para Pacientes Ambulatorios, los Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios y los Servicios de Rehabilitación están sujetos a distintos costos compartidos según sea un servicio por visita u otro servicio ambulatorio. Las visitas están sujetas a copagos, mientras que los servicios en el centro están sujetos al coseguro</i>	
Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Visita de atención de salud mental para pacientes ambulatorios o por un Profesional de la Salud. Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	Visita por problemas de consumo de sustancias de pacientes ambulatorios a un Profesional de Atención Médica o realizada por el Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Salud Mental para Pacientes Hospitalizados		
Servicios de Cuidado de Salud Mental para Pacientes Internados	Copago por cada día de servicios para pacientes internados La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Servicios Médicos de Salud Mental para Pacientes Internados	Honorarios profesionales por servicios médicos de salud mental para pacientes internados Consulte la Cláusula 3(k).	\$0
Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Internados	Copago por cada día de servicios por problemas de consumo de sustancias para pacientes internados La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(k)	\$0
Servicios Médicos por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Internados	Honorarios profesionales por servicios médicos por problemas de consumo de sustancias para pacientes internados Consulte la Cláusula 3(k).	\$0

Terapia de Rehabilitación		
Terapia de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	Se limita a visitas de Terapia de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios médicamente necesarias a un Proveedor Participante o realizadas por él, que no sea un Médico de Atención Primaria.	\$0
Servicios de Habilitación <i>Los Servicios de Salud Mental/Conductual para Pacientes Ambulatorios, los Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios y los Servicios de Habilitación están sujetos a distintos costos compartidos según sea un servicio por visita u otro servicio ambulatorio</i>	Consulte la Cláusula 3(m).	\$0
Servicios de Habilitación <i>Los Servicios de Salud Mental/Conductual para Pacientes Ambulatorios, los Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios y los Servicios de Habilitación están sujetos a distintos costos compartidos según sea un servicio por visita u otro servicio ambulatorio</i>	Consulte la Cláusula 3(m).	\$0
Terapia del Habla	Se limita a una Necesidad Médica	\$0
Terapia de Rehabilitación Ocupacional y Terapia de Rehabilitación Física	Se limita a Terapia de Rehabilitación Médicamente Necesaria, que incluye terapia ocupacional y terapia física.	\$0
Atención Quiropráctica		
Visita de Atención Quiropráctica	La atención quiropráctica se limita a 35 visitas por año. Consulte la Cláusula 3(m).	\$0
Atención Médica a Domicilio		
Visita de Atención Médica Domiciliaria	Visita de atención médica domiciliaria a un Proveedor Participante o realizada por el, que no sea un Médico de Atención Primaria. La cobertura de todos los Servicios de Atención Médica Domiciliaria se limita a 60 visitas por Año del Plan, Consulte la Cláusula 3(i).	\$0
Centro Especializado de Enfermería		
Centro Especializado de Enfermería	Copago por cada día de servicios en un centro especializado de enfermería La cantidad máxima de días por admisión para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. La cobertura se limita a 25 días por Año del Plan. Vea la Cláusula 3(r)	\$0
Servicios de Hospicio		
Servicios de Hospicio	Consulte la Cláusula 3(j). El Costo Compartido depende del tipo y el lugar de servicio.	\$0

Servicios de Hospicio para Pacientes Internados	Consulte la Cláusula 3(j). El Costo Compartido depende del tipo y el lugar de servicio.	\$0
Servicios de Maternidad		
Servicios Profesionales de Asistencia Prenatal y Postparto	Copago por asistencia de maternidad proporcionada por un Proveedor Participante Consulte la Cláusula 3(l).	\$0
Servicios Obstétricos y todos los Servicios en Instalaciones Hospitalarias para Asistencia por Maternidad	Copago por cada día de servicios para pacientes internados La cantidad máxima de días para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(l).	\$0
Servicios Oftalmológicos Pediátricos		
Examen Ocular de Rutina para Niños de hasta 18 (hasta que el niño cumpla 19)	Consulte la Cláusula 3(w).	\$0
Anteojos para Niños de 18 años (hasta que el niño cumpla 19 años) y menos	Consulte la Cláusula 3(w).	\$0
Equipos Médicos Duraderos/Aparatos Médicos Ortopédicos/Protésicos y Audífonos		
Equipo Médico Duradero	Consulte la Cláusula 3(e).	\$0
Audífonos	Consulte la Cláusula 3(e).	\$0
Servicios para Diabéticos y Educación		
Cuidado de Rutina de los Pies	Consulte la Cláusula 3(d).	\$0
Educación sobre la Diabetes	Consulte la Cláusula 3(d).	\$0
Administración de Cuidado para Personas Diabéticas	Consulte la Cláusula 3(d).	\$0
Servicios de Trasplante		
Servicios de Trasplante Hospitalarios	Copago por cada día de servicios de trasplante para pacientes internados La cantidad máxima de días por admisión para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Consulte la Cláusula 3(s).	\$0
Medicamentos con Receta		
Medicamentos Preventivos	Determinados medicamentos Preventivos están cubiertos por el Plan en un 100% Consulte https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/ para conocer los medicamentos preventivos que actualmente están cubiertos. Consulte la Cláusula 3(n).	\$0

Medicamentos Genéricos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos de Marca Preferidos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos de Marca No Preferidos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos Específicos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos con Receta Pedidos por Correo		
Medicamentos Genéricos	Medicamentos Genéricos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo. Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos de Marca Preferidos	Medicamentos de Marca Preferidos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo. Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Medicamentos de Marca No Preferidos	Medicamentos de Marca No Preferidos del Formulario obtenidos mediante el Servicio de Pedidos por Correo Consulte la Cláusula 3(n).	\$0
Servicios No Cubiertos		
Servicios que su Plan NO Cubre	<ul style="list-style-type: none"> - Acupuntura - Cirugía bariátrica - Atención dental (adultos y niños) - Oftalmología (adultos) - Atención a largo plazo - Atención sin carácter de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos - Atención de rutina de la vista (adultos) - Programas para bajar de peso - Tratamiento de la infertilidad - Cirugía estética 	Lea detenidamente la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa en “Exclusiones y Limitaciones Generales”. Consulte la Cláusula 5.

ASISTENCIA EN DISTINTOS IDIOMAS

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información..



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS)

Community Health Choice, Inc. cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice, Inc. al 1.855.315.5386. Si usted considera que Community Health Choice, Inc. no le ha provisto estos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico:

Departamento de Mejora del Servicio
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 1.855.315.5386
Correo electrónico:
Serviceimprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja por violación de sus derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por vía electrónica a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Arabic

يحصلا نيمائلا تحت ةيظفلا وأ كيلط صوصب ارعشلا يف ةماهلا تامولعملا هذه قلعنتو. ةمهم تامولعم ارعشلا اذه نمضتي ةددمم ديعاوم ليوم تا ارعجا كغلب ةدعاسلاو تامولعملا هذه بلع لوصحلا يف Community Health Choice. اذاختلا جاجتت دق. ارعشلا اذه يف ةماهلا خيراوتلا نع تحيا قحلا كيدل. فيلا كلا عفديف كدعاسم وأ يحصلا كيمأت بلع ظافحلا بلع لصتا. ةفاكت يا نود 1.855.315.5386.

English

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.

German

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Hindi

इस सूचना में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिए। आपको अपने स्वास्थ्य के कवरेज रखने के लिए या लागत की मदद के लिए निश्चित समय सीमा से कार्रवाई करने की ज़रूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में यह जानकारी और सहायता नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 पर कॉल कीजिए।

Korean

이 통지서 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에는 Community Health Choice를 신청 귀하와 신청이나 보험 변경에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하에게 건강보험 보장을 유지하거나 비용을 줄이기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받아 무료로 귀하어 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.

Persian

طوبت امش با هيبت شوب و هاناضقت هرايد بيمه تاكن بواج هيلاطنا نيا. نياش بيمه تا علاطا بواج هيلاطنا نيا شوب نشادهگن راروب و تا علاطا نيا مك تماشق. ديد ماجنا Community Health Choice روظنم هب. ديبان هجوت هيلاطنا نيا رد هش رگن يا ه خيرات هب. نياش بيمه ار يتاندا. برقم ياد تليات هك نياش بيمه تا نياش انما نكم. هنيذ ه كيك تقريذ اب يا هيب. نوريگ سات. 1.855.315.5386. نقت هراش اب ديبان تقريذ تاروخ نيز هب ناگير روظنم ار كيك.

Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.

Urdu

نیم سٹون سا. نیم تامولعم مہا نیم سٹون سا Community Health Choice یک با عیرذ یک ے یوکید و نوخیرات مہا نیم سٹون سا. نیم تامولعم مہا قلعتم ےس طفحت یک ے مہب ای نساوخرذ کت نوخیرات صاخ - ددمروا تامولعم نا وک یا. نیم یتکسوه نوروی یک ے نرک بناوراک ے. ہا لصاح نفم نیم ناہر بنا وک نرک ہطبار ر 1.855.315.5386. ے. ہا لصاح فح.

Chinese

本通知有重要信息。本通知包含关于您通过Community Health Choice提交的申请或保险的重要信息。请留意本通知内的重要日期。您可能需要在截止日期之前采取行动，以保持您的健康保险或获得补助。您有权免费以您的母语得到本信息和建议。请拨打电话1.855.315.5386。

French

Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.

Gujarati

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજી અને કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.

Japanese

この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償の範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サービスを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサービスが無料で提供されます。1.855.315.5386までお電話ください。

Laotian

ບັນທຶກຂອງການນຶມຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນ. ບັນທຶກຂອງການນຶມຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບການສະໜັບສະໜູນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໂດຍທາງ Community Health Choice ໃຫ້ຮຽນຮ້າຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໃນບັນທຶກຂອງການນຶມ ທ່ານຄວນຈະຕ້ອງປະຕິບັດພາຍໃນການໂດດວາດເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງສະພາບຂອງທ່ານພາຍຫຼັງການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ຮຽນຮ້າໄດ້ຮັບ. ມັນມີຄວາມສຳຄັນທີ່ຈະໂຕ້ວອບຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນໂດຍການຄຸ້ມຄອງເຊື່ອມຕໍ່ໂດຍບໍ່ມີຄ່າ. ໃຫ້ເວັບໄຊ: 1.855.315.5386.

Russian

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемым Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

Tagalog

Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maaarong itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga ilinangkang deadline para manatiling nakasesguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalain sa inyong wika na wala kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.

Vietnamese

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm của chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời gian nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của mình miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.

