

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

EVIDENCIA DE COBERTURA

COPAGO GOLD
2023



CommunityHealthChoice.org
713.295.6704 | 1.855.315.5386

EVIDENCIA DE COBERTURA

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 (EOC, Evidence of Coverage) (Contrato) es un contrato que se emite para Usted como nuestro miembro (Usted), en la cual se establece la cobertura a la que tiene derecho y se describen los términos del plan de atención médica, incluidas las restricciones y las 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 12:00 de la medianoche (de su hora) de la fecha de finalización. Las disposiciones precedentes y las que se establecen en las siguientes páginas forman parte de este Contrato.

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) pueda ayudar.

Aun si 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 a apelar.

Community Health Choice

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

Llame al: 713.295.2294

Línea gratuita: 1.855.315.5386

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Dirección postal: Plan Community Health Choice

Service Improvement

2636 South Loop West, Suite 125

Houston, Texas 77054

Departamento de Seguros de Texas

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

Llame al: 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.

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 se prestaran servicios o se atendieran reclamaciones dentro de los 10 días, usted será responsable de dichos servicios o reclamaciones.

[Firma del Funcionario]

Lisa Wright
Presidenta y Directora Ejecutiva

GUÍA DEL CONTRATO

1. Acceso a la Atención Médica 9

- a. Cómo buscar un Proveedor Participante9
- b. Uso de Proveedores Participantes9
- c. Elección de un Médico o Proveedor de Atención Primaria (PCP)9
- d. El Papel del PCP 10
- e. Cuando No Hay un PCP Disponible 10
- f. Ver a un Especialista 10
- g. Obtención de Servicios de Atención Médica de Emergencia11
- h. Solicitud de Servicios de Atención Médica de Urgencia11
- i. Servicios de Telesalud para Gold HMO 00111
- j. Uso de Proveedores No Participantes 12

2. Administración de Utilización 12

- a. Autorización Previa 12
- b. Reducción del Pago 13

3. Administración de Beneficios del Contrato 13

BENEFICIOS 15

- a. Lesión Cerebral Adquirida 15
- b. Trastorno del Espectro Autista 15
- c. Servicios Dentales 16
- d. Servicios para la Diabetes 16
- e. Equipos Médicos Duraderos y Suministros Médicos 17
- f. Servicios de Emergencia 18
- g. Servicios en Centros de Tratamiento Médico 18
- h. Servicios de Profesionales de Atención Médica 19
- i. Atención Médica a Domicilio 19
- j. Cuidado de Hospicio20
- k. Servicios de Salud Mental20
- l. Atención por Maternidad y Servicios para Recién Nacidos 21
- m. Terapias para Pacientes Ambulatorios 21
- n. Medicamentos con Receta22
- o. Servicios de Cuidado Preventivo25
- p. Cirugía Reconstructiva28
- q. Atención Médica de Rutina durante Ensayos Clínicos28

r. Centro de Enfermería Especializada y Servicios de Rehabilitación	29
s. Servicios de Trasplante	29
t. Transporte de Órganos para Trasplantes y Alojamiento	31
u. Transporte	31
v. Servicios de Atención Urgente	31
w. Servicios Oftalmológicos Pediátricos	31

4. Exclusiones y Limitaciones Generales 32

5. Exclusiones de Medicamentos con Receta 37

6. Pago de Primas 39

a. Su Deber de Pagar la Prima	39
b. Período de Gracia	39
c. Cambios en su Prima	39
d. Devolución de la Prima	40

7. Cambios en el Contrato 40

a. Sus Derechos a Hacer Cambios en el Contrato	40
b. Nuestros Derechos a Hacer Cambios en el Contrato	41
c. Continuidad de la Cobertura para Dependientes Sobrevivientes.	41
d. Continuidad de la Cobertura Debido a un Cambio en el Estado Civil	41

8. Renovación y Finalización 42

a. Motivos por los que Finalizaremos Su Contrato	42
b. Motivos por los que Daríamos de Baja a una Persona Cubierta	42
c. Su Deber de Notificarnos	43
d. Reanudación	43
e. Fraude	43
f. Motivos por los que Usted puede Finalizar Su Contrato	43

9. Disposiciones Generales 44

- a. Derechos a Apelación, Quejas y Revisión Externa44
- b. Agotamiento de Recursos48
- c. Asignación de Beneficios48
- d. Conformidad con las Leyes del Estado48
- e. Costo de la Representación Legal48
- f. Disposiciones Duplicadas48
- g. Contrato Completo.....48
- h. Incontestabilidad48
- i. Rescisión49
- k. Ajustes de las Primas49
- l. Aviso de Reclamación49
- m. Nuestra Relación con los Proveedores50
- n. Derechos que Afectan Nuestra Obligación de Pagar 51
- o. Derecho a Solicitar Sobrepagos57
- p. Derecho a Solicitar Exámenes Médicos57
- q. Asistencia Médica Pública del Estado57
- r. Momento de Pago de las Reclamaciones57
- s. Compensación para Trabajadores57

10. Definiciones..... 58

Listado de Beneficios 77

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.

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 este 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 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 cualquier Costo Compartido aplicable.

Puede obtener una copia del directorio en línea de Proveedores Participantes en el siguiente sitio web: www.communityhealthchoice.org o llamando al 1-855-315-5386 para solicitar ayuda en la búsqueda de 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 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 este 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. Puede visitar Nuestro sitio Web o acceder al portal para miembros en www.communityhealthchoice.org para ver consejos útiles sobre cómo elegir un PCP y una lista de médicos en Nuestra red.

Además de un PCP, los afiliados pueden elegir un médico obstetra o ginecólogo para recibir servicios Médicamente 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: general, 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 tiene una enfermedad crónica, incapacitante o Potencialmente Mortal, puede solicitar un Médico Especialista como su PCP a Nuestro Director Médico. Puede hacer esta solicitud al llamar 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 Derechos a Apelaciones, Quejas y Revisión externa en la sección de Disposiciones Generales de este Contrato.

Puede cambiar de PCP al llamar 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.

Ver a un Obstetra o Ginecólogo

No necesita autorización de Community ni una derivación de Su PCP para ver a 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 deban 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.

d. 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.

e. 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 un 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.

f. Ver 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 www.communityhealthchoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que se indica en su Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener una lista de los servicios que requieren Autorización Previa.

g. Obtención de Servicios de Atención Médica de Emergencia

Si necesita cuidado de emergencia:

- Diríjase a la sala de emergencias del Hospital Participante más cercano.
- Busque la sala de emergencias del Hospital más cercano si su afección 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.

h. Solicitud de Servicios de Atención Médica de Urgencia

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

- Comuníquese con su PCP o con su reemplazo.
- 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 al llamarnos o acceder al Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org.
- Debe recibir todos los servicios posteriores a la visita al Centro de Atención Médica de Urgencia de parte de su PCP o un Proveedor Participante cuando sea atención de seguimiento.
- Debe pagar el Copago requerido para Atención Médica de Urgencia.

i. Servicios de Telesalud para Gold HMO 001

Community ofrece servicios de Telesalud para todos los miembros inscritos en el plan Gold HMO_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 urinarias, problemas de la piel, entre otros.

Usted debería utilizar los servicios de telesalud:

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

j. 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, anestesiólogos, 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 recibe una factura de un Proveedor No Participante, comuníquese con Nosotros al 1.855.315.5386.

De manera similar, no todos los Profesionales de Atención Médica que brindan servicios de diagnóstico por imágenes o de laboratorio en relación con los servicios brindados por un Proveedor Participante son Proveedores Participantes. Si los servicios de diagnóstico por imágenes o de laboratorio son proporcionados por Proveedores No Participantes, en relación con los servicios prestados por un Proveedor Participante, pagaremos esos servicios a la tarifa Usual y Habitual o a una tarifa convenida. Si 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 recibe una factura de un Proveedor No Participante, comuníquese con Nosotros al 1.855.315.5386 o 713.295.6704.

Es Su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir todos los servicios que no sean de emergencia. Usted debería verificar el estado de participación en la red solo con nosotros, al llamar al número del Servicio de Atención para Miembros que figura en la parte de atrás de su Tarjeta de Identificación de Miembro o al acceder a nuestro sitio web en 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 PCP, el Médico de Atención Especializada u otro proveedor de la red recomiendan 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. Requerimos autorización previa para determinados servicios y medicamentos recetados, a menos que su profesional de atención médica tenga una autorización previa para los servicios o medicamentos recetados en particular. 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, Medicamentos con Receta Medicamente Necesarios o por Servicios Preventivos, como se establece en este Contrato. Requerimos Autorización Previa para determinados servicios y Medicamentos con Receta. Ingrese a 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 representa garantía de futura cobertura del mismo servicio o Medicamento con Receta.

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 una 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 posestabilización o una condición potencialmente mortal, emitiremos una determinación dentro del plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la prestación de 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 pueden 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 Medicamente 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 sean parte de Su Contrato y que puedan 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 de Vigencia en que ha finalizado el contrato del proveedor.
- c. Una vez vencido el período de nueve meses después de la Fecha de Vigencia 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 Derechos a 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 las 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.
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 una cirugía bucal definida como procedimiento quirúrgico maxilofacial que se limitan a lo siguiente:

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 para la Diabetes

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

1. Cuidado de rutina de los pies (consulte las Exclusiones en la sección 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. insulino dependiente o no insulino dependiente 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 de Medicamentos con Receta.

También se cubren los surtidos de emergencia para los siguientes equipos o insumos dispensados a la Persona Cubierta por un farmacéutico, en virtud del ejercicio del juicio profesional de un farmacéutico y sin la autorización del médico recetante, de la misma forma que para un surtido no relacionado con una emergencia de tales equipos o insumos para diabetes, si el farmacéutico:

- (a) no puede contactar al médico recetante después de un esfuerzo razonable;
- (b) ha recibido documentación que indica que un Médico recetó anteriormente a la Persona Cubierta insulina o equipos o insumos relacionados con la insulina;

- (c) evalúa a la Persona Cubierta para determinar si el surtido de emergencia es apropiado;
- (d) crea un registro que documenta la visita de la Persona Cubierta, que incluye una nota que describa la documentación provista e indique que un Médico recetó anteriormente a la Persona Cubierta insulina o equipos o insumos relacionados con la insulina; y
- (e) realiza un intento razonable por informar al Médico recetante sobre el surtido de emergencia lo antes posible.

La cantidad de un surtido de emergencia de insulina no puede exceder un suministro para 30 días. La cantidad de un surtido de emergencia de equipos o insumos relacionados con la insulina no puede exceder un suministro de 30 días o el paquete más pequeño disponible, el que sea menor.

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 son un Gasto Cubierto, excepto que la reparación o el reemplazo se deban 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 es responsable del monto permitido de DME. 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. bolsas 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 los 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.
 - 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 en 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 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 incluyen artículos de confort o comodidad, o funciones que superen lo que se considera Médicamente Necesario, no pagaremos más de lo que sea Médicamente Necesario. Si la Persona Cubierta elige mejorar el equipo o aparato, 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 otras cantidades de gastos de bolsillo que habría pagado si hubiera 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. Las comidas y dietas especiales cuando sean Médicamente Necesarias.
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 con respecto a 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. Los Servicios Médicos de Telemedicina, los Servicios Dentales de Teleodontología o los 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
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 los recursos comunitarios disponibles.
5. Orientación psicológica y nutricional.
6. Servicios de asistencia sanitaria domiciliar 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:
 - a. Preparativos funerarios.
 - b. Asesoramiento financiero o legal, como la planificación de la sucesión o la redacción de un testamento.
 - c. Servicios domésticos o de cuidado, entre los que se incluyen:
 1. Servicios de cuidado o de compañía.
 2. Limpieza del hogar.
 3. Mantenimiento del hogar.
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. Servicios de Salud Mental

Los Servicios de Salud Mental cubiertos se proporcionan conforme a los mismos términos y condiciones que se aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos, incluida prohibición de los requisitos financieros y la imposición de cualquier límite de tratamiento cuantitativo o no cuantitativo que sea más restrictivo que el que se aplica 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 para pacientes internados, incluidos habitación y comida.
2. Visitas a Profesionales de Atención Médica.

Atención de Salud Mental cubierta para Pacientes Internados 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. Psicoterapia

Servicios adicionales cubiertos para Salud Mental:

1. Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios
2. Un programa de Hospitalización parcial, y
3. 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 de 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 el 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, información educativa para padres, asistencia y capacitación en lactancia y alimentación por biberón. La visita posparto ambulatoria se puede realizar 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 pueden 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 de desarrollo; o d. Retraso en el 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 mejora práctica del nivel de funcionamiento dentro de un período 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 del Contrato 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 reabastecimiento de 90 días, que permite que una Persona Cubierta reciba un suministro de 90 días de una Receta o un reabastecimiento 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. Según este programa, el miembro recibe la mitad de la cantidad habitual para un suministro de 30 días; por ejemplo, 15 comprimidos 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.

Community Health Choice requiere que sus Miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Para aprobar el uso de un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, el Proveedor debe presentar una solicitud de autorización previa. Si se autoriza el uso del medicamento de marca, el Miembro pagará el copago del nivel correspondiente. Si no se aprueba el uso del medicamento de marca, pero el Miembro desea que se le dispense el medicamento de marca, el Miembro pagará el copago del nivel aplicable del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.

El programa de Farmacia Especializada forma parte de Su beneficio de farmacia y es obligatorio, después de surtir Su primer medicamento con receta en una farmacia minorista, para todas las recetas de medicamentos especializados que cumplan con los siguientes criterios. Autorizaremos a los afiliados a tener acceso a beneficios de medicamentos con receta en farmacias minoristas de la red, a menos que:

1. El medicamento esté sujeto a una distribución restringida por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) 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.

Es posible que ofrezcamos un programa de Asistencia para Copagos para acceder a ciertos medicamentos de especialidad administrados a través del programa de Medicamentos Especializados. Su gasto de desembolso será de \$0 para los medicamentos especializados en el programa de Asistencia para Copagos. Solo se aplicará a su desembolso máximo la cantidad que paga y no la parte de asistencia para el Copago. Si un medicamento no califica para el programa de Asistencia para Copagos, su Copago se establecerá en forma predeterminada en el Costo Compartido actual escalonado del formulario.

Se lo inscribirá automáticamente en el programa de Asistencia para Copagos. Si desea excluirse del programa de Asistencia para Copagos, llame al 855-847-3553. Si decide no participar, su Copago se establecerá en forma predeterminada en el Costo Compartido escalonado actual del formulario.

Para obtener información adicional, llame a Servicio al Cliente de Navitus al 1-866-333-2757. 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 especializados 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 los siguientes:

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.
 - b. Sean reconocidos por los siguientes para 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 fármacos, medicamentos o medicinas que, según la ley federal o estatal, pueden dispensarse solo con receta por un Profesional de Atención Médica.
3. Medicamentos, medicinas o medicaciones incluidos en el Formulario de Medicamentos.
4. Insulina y Suministros para la Diabetes incluidos en el Formulario de Medicamentos. Los costos compartidos para la insulina incluidos en el Formulario de Medicamentos no deberán exceder \$25.00 por receta para un suministro de 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina necesaria para surtir la receta;
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 Especializado, si se incluyen con el cargo por el Medicamento Especializado. Las Personas Cubiertas pueden disponer sin costo de ellos.
7. Los medicamentos especializados 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 fenilketonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias.

Los medicamentos, las medicinas y medicaciones que se recetan más frecuentemente y que cubrimos se especifican en nuestro Formulario de Medicamentos. 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 Terapéutico y de Farmacia 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 afección médica o de Salud Mental específica.

Puede obtener una copia de Nuestro Formulario de Medicamentos en el sitio web de Navitus en www.navitus.com o al llamar 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 incluyen en el Formulario de Medicamentos, puede comunicarse con Nosotros por teléfono o por escrito y solicitar que determinemos si un medicamento especializado 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, 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 afección 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 que receta dentro de las 24 horas de recibir la solicitud.

El Médico o Proveedor que receta, en nombre de una Persona Cubierta, pueden 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. 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 Alimentos y Medicamentos 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 con 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 obtenga Autorización Previa para un medicamento;
3. imposición o alteración del 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 endoscopía 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 mamografía de rutina 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 de diagnóstico para la detección del virus del papiloma humano incluyen una prueba de Papanicolaou convencional y un análisis de sangre CA 125 solo o en combinación con cualquier prueba o examen de detección aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la detección del cáncer de ovario.
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 las 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. 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. Pruebas de detección para identificar el abuso de alcohol y asesoramiento para evaluar el consumo de alcohol, las conductas relacionadas con la ingesta de alcohol y los problemas relativos al alcohol.
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 y ansiedad para 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 adultos.
20. Examen de rutina para la detección de anemia en embarazadas.
21. Examen de detección de infección urinaria u otras infecciones en embarazadas.
22. Asesoramiento respecto de la prueba genética BRCA para mujeres con mayor riesgo.
23. Quimiopprofilaxis 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 entre 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 riesgos de la salud bucal para niños pequeños.
63. Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU, phenylketonuria) para este trastorno genético en recién nacidos.
64. Asesoramiento sobre la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y pruebas 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 incurridos para 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 otra cobertura 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 estuvieran cubiertos 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; y
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. Ser provistos en lugar de atención en un Hospital.
2. Ser 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 de Rehabilitación 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

El plazo proporcionado y las referencias a los lugares de servicio no se aplican a los Miembros que reciben servicios de terapia por una Lesión Cerebral Adquirida. Para obtener más información sobre los beneficios relacionados con la Lesión Cerebral Adquirida, consulte la sección Beneficios (a).

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.

Sugerimos que las solicitudes de autorización previa sean enviadas mediante el Portal de Proveedores/efax/llamada telefónica de la siguiente forma:

1. Al menos 5 días antes de una admisión electiva como paciente internado en un hospital, centro de cuidados extendidos o de rehabilitación, o un hospicio.
2. Al menos 30 días antes de la evaluación inicial para los servicios de trasplante de órganos.
3. Dentro de 24 de cualquier admisión de internación, que incluye admisiones de internación de emergencia.
4. Al menos 5 días antes del inicio programado de servicios de salud en el hogar, con excepción de los inscritos que necesitan servicios de salud en el hogar después del alta del hospital.

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 del tratamiento de complicaciones después del trasplante se limita 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. Se requiere previa autorización para todos los Servicios de Transporte que no sean de Emergencia, incluida la ambulancia por tierra o aire. Esto incluye, entre otros, el transporte de un Hospital a otro y de un Hospital a un Centro de Rehabilitación o Centro de Enfermería Especializada. La afección del Miembro debe ser tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en riesgo la salud o seguridad de este. Los servicios de ambulancia por aire para los casos que no sean de emergencia solamente están cubiertos cuando: 1) el transporte por ambulancia es necesario a criterio médico y 2) el terreno, la distancia, su condición física u otras circunstancias requieren el uso de servicios de ambulancia por aire en lugar de los servicios de ambulancia por tierra.

A partir del 1 de enero de 2022, la Ley No Sorpresas (No Surprises Act) prohíbe que se realice la facturación sorpresa a los Consumidores por servicios de emergencia Fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia por aire (pero no se incluye la ambulancia por tierra).

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 Oftalmológicos Pediátricos

Los servicios cubiertos incluyen:

- Un (1) 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.
- Un (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 un (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 astigmatismo irregular requieren Autorización Previa.

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 anual o de rutina. 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.

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 médico 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 Derechos a Apelaciones, Quejas y Revisión Externa en la sección de Disposiciones Generales de este Contrato.

A menos que se especifique lo contrario, no se brindarán beneficios para los artículos siguientes 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 prestado para evitar que se manifieste un proceso de enfermedad en el tejido de un órgano en una fecha futura, a menos 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 Medicamento Necesario, excepto que expresamente se estipule en este Contrato. Directamente relacionado implica que el servicio ocurrió como resultado directo de un servicio no Medicamento Necesario, Experimental o de Investigación y no habría ocurrido en ausencia del servicio Medicamento 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 autoprovoado 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. Con respecto a los cuales no se cobre ninguna suma o 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 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, que incluyen la cirugía o servicios provistos para diagnosticar, prevenir o corregir las dolencias o defectos de los dientes y el tejido de soporte, y los insumos relacionados o los aparatos o insumos orales para el tratamiento de los dientes, las encías, la mandíbula o los procesos alveolares. Incluyen, entre otros, la escisión de dientes impactados no erupcionados de manera parcial o total (distinta de dientes completamente retenidos), 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. Los gastos de este tratamiento se consideran servicios dentales, independientemente del motivo de los servicios.
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.
 - 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 injertos de cabello, excepto lo expresamente establecido 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.
 - 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 los 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, conducta e intelectual o para el retraso mental; y
 - c. específicamente excluidos, como la terapia 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. Entre los servicios de medicina alternativa, se 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;
 - u. Terapia del movimiento;
 - v. Contacto terapéutico;
 - w. Terapias de música y artes expresivas;
 - x. Terapias en la naturaleza;
 - y. Terapias asistidas con caballos.
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 de fertilización in vitro y promoción de la fertilidad a través de técnicas de reproducción extracoito que incluyen, entre otros, inseminación artificial, inseminación intrauterina, superovulación y mejora de la capacidad uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación tubárica transuterina, transferencia intratubárica de gametas, transferencia de ovocitos en estadio pronuclear, transferencia intratubárica de cigotos y transferencia de embriones de la trompa de Falopio.
42. Los servicios de transporte médico como transporte aéreo que no sea de emergencia, transporte terrestre que no sea de emergencia, transferencias de instalación a instalación que no sea de emergencia, transferencias fuera de la red y fuera del área que no sea de emergencia están sujetos a autorización previa.

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 estén incluidos en la lista 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 leyenda (recetados) que 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
 - b. Sea experimental o de investigación, aunque la Persona Cubierta deba pagar por este.
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 las 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 controlar el peso.
12. Abortivos (medicamentos utilizados para inducir el aborto), que no sean para una emergencia médica si se utilizan solo con el fin de inducir abortos por elección.
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.
 - 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 c. Centro de Hospicio
- 22. Medicamentos inyectables; incluidos, entre otros, los siguientes:
 - a. Agentes inmunizantes.
 - b. Sueros biológicos.
 - c. Sangre.
 - d. Plasma sanguíneo o inyecciones de plasma rico en plaquetas.
 - e. Inyección de células madre derivadas de tejido adiposo.
 - f. 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 establecemos.
 - c. Se renueve antes de tiempo, tal como lo establecemos.
 - d. Supere el Límite de Suministro específico en relación con la duración.
- 30. Cualquier medicamento, medicina 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 la entrega de Medicamentos con Receta.
 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, dañado o robado.
 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, dispositivos u otros servicios o suministros cubiertos de Farmacia provistos o disponibles conforme a 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.

b. Período de Gracia

Los Titulares de Contratos 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.

c. Cambios en su Prima

Antes de la renovación, se le notificará el nuevo monto de la prima. Proporcionaremos un aviso por escrito sobre el cambio de prima al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia.

La prima también 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.
- Hubo una declaración errónea en la solicitud que da lugar a que no se cobre el monto adeudado.

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

d. 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 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 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 rescindirán el 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.

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.

- 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 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.

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. Para 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 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, dicho 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 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 derecho a hacer determinados 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 deben 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.

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 convertirán 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, incluido el e8. Renovación y Finalización

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.
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.

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 plan médico individual de Community que ofrezcamos en ese momento.

Si decidimos dejar de hacer negocios en el mercado de los planes de salud individuales, 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 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.

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 sobre cualquiera de los eventos mencionados anteriormente 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. Autorizamos el restablecimiento; y
3. Todas las primas pendientes deben haberse pagado en su totalidad.

Si Su solicitud de reanudación se aprueba, la cobertura se reanudará en la fecha en que 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 constituir un delito penal con consecuencias legales. 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 determinemos.

f. Motivos por los que Usted puede Finalizar Su Contrato

Usted puede finalizar Su Contrato después de enviarnos una notificación por escrito con no menos de 30 días de anticipación en caso de que 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.

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 Medicamento 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 por escrito dentro de los 3 días hábiles o dentro del plazo adecuado según las circunstancias en relación con la prestación de 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 estadías continuas 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 afección médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión. Las solicitudes de Apelación Acelerada se decidirán de

acuerdo con la urgencia médica de Su afección, procedimiento o tratamiento, pero en ningún caso el plazo superará 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, al tener 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 estadías continuas por hospitalización y denegaciones de medicamentos con receta e infusiones intravenosas para los 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.

Apelaciones 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. Esta carta incluirá los procedimientos de Apelación, una solicitud de la documentación 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.

Después de rever la Apelación a una Determinación Adversa, enviaremos a usted o a la persona que actúa en Su nombre y a Su Profesional 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 derecho a solicitar una revisión inmediata de Nuestra decisión sobre la apelación, por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO, Independent Review Organization) al enviarnos una solicitud dentro de los cuatro 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 una revisión independiente:

- (a) Si no se cumplen con los plazos del proceso de Apelación.
- (b) En casos que involucren afecciones potencialmente mortales.
- (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 Maximus 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 al solicitar 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 lo siguiente:
 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 la 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 lo siguiente:
 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

Correo postal: 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 1-800-252-3439

P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104 Fax: (512) 490-1007

Sitio 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 proporcionen toda la documentación necesaria para completar la investigación; u
4. ocurran otras circunstancias que escapen al control del departamento.

b. Agotamiento de Recursos

Debe completar los niveles del proceso de Derechos de Apelación, Queja 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

Asumiremos exclusivamente los costos de Nuestra representación legal en asuntos relacionados con Nuestros derechos en virtud de este Contrato. Usted o la Persona Cubierta asumirán 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 estar endosada 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 Vigencia. En el caso de dicha cancelación, podemos deducir del reembolso de la Prima cualquier monto realizado en el pago de reclamaciones 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 la cancelación se ve afectada.

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 el Proveedor Nos facturan por todo servicio que Usted reciba.

Si Usted recibe un servicio que no nos facturará el Médico o el Proveedor, podrá presentar una reclamación por reembolso a Nuestra dirección, la cual figura en su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Incluya la siguiente información:

- Su nombre, los servicios recibidos y el número de miembro
- El formulario de reclamación médica de Community disponible en nuestro sitio web
- Autorización para la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores que le brindaron servicios
- La factura detallada, que incluya los procedimientos y el diagnóstico
- Si es posible, una carta de la necesidad médica y las anotaciones del procedimiento por parte del proveedor que lo atiende
- Comprobante de pago de la atención médica
- Información sobre otra cobertura de seguro

A excepción de los servicios de emergencia, su plan no cubre ningún beneficio fuera del área de prestación de servicios del plan. Si recibió atención médica fuera de los Estados Unidos, además de la información anterior, también presente lo siguiente:

- Comprobante del viaje fuera de los Estados Unidos, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte
- Una explicación relativa a la atención médica recibida fuera de los Estados Unidos

Debemos recibir Su reclamación a más tardar 95 días después de la fecha del servicio

Dentro de los 15 días después de la recepción de la reclamación, acusaremos recibo de esta e investigaremos la reclamación. Es posible que precisemos información adicional que razonablemente creemos que será necesaria y se lo comunicaremos.

Le notificaremos por escrito la aceptación o el rechazo de la reclamación a más tardar 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 en forma total o parcial, realizaremos el pago dentro de los 5 días hábiles posteriores a Nuestra notificación. Si el pago está condicionado a que Usted realice una acción, pagaremos la reclamación a más tardar el 5.º 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.

A partir del 1 de enero de 2022, la Ley No Sorpresas prohíbe la facturación sorpresa a los Consumidores por:

- (1) Servicios de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia por aire (pero no se incluye la ambulancia por tierra).
- (2) Servicios dentro de la red que no son de emergencia que se proporcionan en ciertas circunstancias.

m. 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 que hayamos tomado o que tomemos en el futuro. No somos responsables de ninguna declaración errónea hecha por ningún proveedor con respecto al alcance de los Servicios Cubiertos y los 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.

n. Derechos que Afectan Nuestra Obligación de Pagar

1. Usted está obligado 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 puede tener una queja.
 - b. Obtener nuestro consentimiento antes de eximir 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.
 - 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 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 solicitemos para administrar el Contrato.

Si 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 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. 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 lo siguiente: 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 grupales, pólizas de seguro médico y de accidentes individuales, planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y grupales, y planes de beneficios de proveedores exclusivos, contratos de seguro grupal, 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 individuales y grupales, cobertura con beneficios limitados que no sea emitida para complementar pólizas individuales o grupales vigentes, acuerdos no asegurados de cobertura grupal o tipo grupal, la 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 de custodia 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 puedan 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. Un miembro que reciba los servicios cubiertos no de emergencia provistos por un proveedor fuera de la red durante una visita a un centro dentro de la red, (i) no estará sujeto a los costos compartidos de tales servicios que sean mayores del requisito de los costos compartidos que se aplicarían si tales servicios se hubieran proporcionado dentro de la red; y (ii) cualquier costo compartido se aplicará hacia cualquier deducible dentro de la red y el máximo de gastos de bolsillo.
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. El "padre/madre con custodia" es un padre 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 el padre con quien el niño reside más de la mitad del Año Calendario, 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. Cobertura anterior: Si un Miembro es confinado como Paciente Internado en un Hospital en la Fecha de Vigencia de este acuerdo, y la cobertura anterior que finaliza inmediatamente antes de la Fecha de Vigencia de este acuerdo proporciona los beneficios para la hospitalización después de la finalización de la cobertura anterior, entonces los servicios y los beneficios no estarán cubiertos en virtud de este acuerdo para ese Miembro hasta que reciba el alta del Hospital o se agoten los beneficios en virtud de la cobertura anterior, lo que suceda primero.

Si no hay cobertura anterior o no hay continuación de la cobertura de internación después de la Fecha de Vigencia, la cobertura de este Plan se aplicará a los beneficios cubiertos relacionados con la cobertura de internación después de su Fecha de Vigencia. La cobertura de este Plan requiere que informe a Community dentro de 2 días de su Fecha de Vigencia para que podamos revisar y Autorizar los servicios Médicamente Necesarios. Si los servicios se prestan en un Hospital no contratado, los Reclamos se pagarán al importe permitido y se le puede facturar el saldo de los costos por encima de este importe permitido por el Plan.

Los miembros ingresados en una Instalación de Internación antes de su inscripción en virtud del Contrato recibirán los beneficios cubiertos a partir de la Fecha de Vigencia, tal como se indica anteriormente. Si un Miembro es hospitalizado en una Instalación fuera de la red, nos reservamos del derecho de solicitar la transferencia del Miembro a una Instalación dentro de la red. El Miembro será transferido cuando un Proveedor de la Red, en consulta con el médico tratante, determine que el Miembro se encuentra médicamente estable para hacerlo. Si el Miembro se niega a transferirse a una Instalación de la red, todos los costos posteriores incurridos durante la hospitalización serán responsabilidad del Miembro.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

8. 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.
9. 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 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 tiene conocimiento real de esos 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 con custodia;
 - (ii) el plan que cubre al cónyuge del padre con custodia; (iii) el plan que cubre al padre sin custodia; luego,
 - (iv) el plan que cubre al cónyuge del padre 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 habría 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 habría 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 de 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 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 derecho a 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, tendremos un derecho continuado a solicitarle el reembolso. 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, procesaremos esa reclamación según los términos y las condiciones de este Contrato. Si realizamos un pago en Su nombre, Usted acuerda que cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por gastos médicos será asignado a Nosotros.

o. Derecho a Solicitar Sobrepagos

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

- a. Realizado por error.
- b. Realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, cuando determinemos que el pago realizado haya sido mayor que el monto pagadero conforme a este Contrato.
- c. Realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, sobre la base de la tergiversación intencional o fraudulenta de datos fundamentales.
- d. Realizado a Usted o cualquier parte en Su nombre, por cargos que habían sido descontados, desestimados o bonificados. Nos reservamos el derecho a ajustar cualquier monto aplicado en error a cualquier Monto Máximo de Gastos de Bolsillo.

p. Derecho a Solicitar Exámenes Médicos

Tenemos 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.

q. 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.

r. 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.

s. Compensación para Trabajadores

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

10. Definiciones

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 la Salud 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.

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. Conserva informes escritos de los Servicios provistos a cada paciente.
 - 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.

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.

Año del Plan se refiere al período 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.

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 pueden solicitar que se reconsidere una Determinación Adversa o una Denegación de Beneficios.

Área de Servicio se refiere al área geográfica que designamos y que aprueba el Departamento de Seguros del estado donde se redacta el Contrato, si se requiere dicha aprobación. El Área de Servicio es el área geográfica dentro de la cual las Personas Cubiertas pueden acceder y tienen a disposición Servicios Cubiertos. El Área de Servicio está detallada en www.communityhealthchoice.org, en el Directorio de Proveedores de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Maintenance Organizations) y también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de la HMO, al número de teléfono que se indica en Su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Atención de Rutina de la Sala de Recién Nacidos se refiere a los cargos que cobra un Hospital o una maternidad autorizados por el uso de la Sala de Recién Nacidos. Incluye los servicios y suministros normales que se ofrecen a los bebés recién nacidos sanos después del parto. Las visitas del Profesional de Atención Médica no se consideran como Atención de Rutina de la Sala de Recién Nacidos. El tratamiento de una Lesión Física, Enfermedad, anomalía tras el parto o anomalía congénita y la atención que resulte de la prematuridad no se consideran como Atención de Rutina de la Sala de Recién Nacidos.

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; o
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.

Atención Médica de Urgencia significa Servicios de Salud o de Salud Mental que se proporcionan en un entorno distinto de los centros 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.

Autorización Previa se refiere a una determinación Nuestra o de una persona que hayamos designado de que un Servicio o un medicamento con Receta son Medicamento Necesarios antes de que se proporcionen. La Autorización Previa no garantiza que este Contrato cubra el servicio propuesto o el **Medicamento** con receta.

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.

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.

Centro de Enfermería Especializada se refiere a un centro que brinda Servicios de Enfermería Especializada continua para pacientes internados que se recuperan de una Enfermedad o Lesión Física. El centro debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Tener una licencia otorgada por el estado para brindar Servicios de Enfermería Especializada.
2. Tener entre su personal a un Profesional de Atención Médica de guardia las 24 horas del día.
3. Brindar Servicios de Enfermería Especializada que estén supervisados por un Enfermero en servicio las 24 horas del día.
4. Mantener registros médicos completos diariamente para cada paciente.
5. No ser principalmente un lugar de descanso para los adultos mayores o de Cuidado de Custodia, o brindar atención para la Salud Mental, aunque estos Servicios pueden brindarse en un sector distinto dentro del mismo centro físico. El centro también puede proporcionar atención a largo plazo o Cuidado Asistencial que no estaría cubierto en virtud este Contrato.

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.

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.

Centro de Tratamiento Residencial se refiere a una institución que:

1. Tiene licencia como centro intensivo, residencial, abierto las 24 horas, donde viven las personas mientras reciben tratamiento y son supervisadas por personal capacitado.
2. El centro NO tiene licencia para funcionar como Hospital.
3. Brinda un plan de tratamiento multidisciplinario o interdisciplinario en un entorno controlado, con supervisión periódica de un Profesional de Atención Médica, como un médico especializado en psiquiatría, otra persona autorizada a dar recetas en el área de psiquiatría o un psicólogo con un doctorado (Ph.D. o PsyD).
4. Brinda programas, como por ejemplo de capacitación social, psicológica y de rehabilitación, adecuados para la edad, para las necesidades especiales del grupo etario de las personas, enfocados en la reinserción en la comunidad.

El tratamiento residencial se utiliza para brindar la estructura, el apoyo y el refuerzo del tratamiento necesario para revertir el curso del deterioro de la conducta o proporcionar tratamiento para apoyar la prevención de recaídas en los casos de abuso de sustancias.

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.

Circunstancias Especiales significa una condición con respecto a la cual el Profesional de la Atención Médica o

Proveedor de Atención Médica a cargo del tratamiento razonablemente creen 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; o
4. una Persona Cubierta que tiene más de 24 semanas de embarazo.

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.

Cirugía Estética se refiere a Cirugías, 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.

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.

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

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.

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 preeclampsia y las afecciones similares asociadas con el control de un embarazo difícil que no son una complicación propia del embarazo.

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

Copago representa una suma en dólares específica o una suma expresada como un porcentaje en el Listado de Beneficios que Usted está obligado a pagar al Médico o Proveedor por los gastos cubiertos de determinados beneficios especificados en este Contrato, cada vez que recibe un Servicio que esté Cubierto, independientemente de cualquier suma que podamos pagar.

Costo Compartido hace referencia a la cantidad que Usted está obligado a pagar a un Médico o Proveedor para cubrir los gastos cubiertos de ciertos beneficios especificados en este Contrato. El Costo Compartido puede incluir copagos o un porcentaje del monto total pagado por el Servicio Cubierto.

Costos de Atención Médica de Rutina para Pacientes son los costos de cualquier servicio médico que sea Médicamente Necesario y esté cubierto en función de este Contrato, independientemente de que la Persona Cubierta esté participando en un Ensayo Clínico.

Los Costos de la Atención de Rutina del Paciente no incluyen lo siguiente:

1. El costo de un nuevo medicamento o dispositivo en Investigación que no está aprobado para ninguna indicación por parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU., incluido un medicamento o dispositivo que es objeto del ensayo clínico.
2. El costo de un servicio que no sea un servicio de atención médica, independientemente de si el servicio es necesario en relación con la participación en un Ensayo Clínico.
3. El costo de un servicio que sea inconsistente con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas de un diagnóstico en particular.
4. El costo asociado con la administración de un Ensayo Clínico.
5. El costo de un servicio de atención médica que está específicamente excluido de la cobertura según el presente Contrato.

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

1. La Persona Cubierta necesita Servicios que incluyen, pero no se limitan a, ayuda para vestirse, bañarse, preparar dietas especiales y comer, caminar, supervisión de medicamentos que, por lo general, se autoadministran, entrar y salir 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; o
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.

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.

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.

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

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.

Denegación de Beneficios se refiere a cualquiera de los siguientes: 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.

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

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, un 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, el niño está 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, un 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 un 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, 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 con 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 le 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.

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 Medicamento Necesarios, 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 negamos la prestación de beneficios cuando el medicamento no está incluido en el Formulario de Medicamentos y su Médico ha determinado que es Medicamento Necesario.

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).

Edad Límite significa el cumpleaños número 26 del Dependiente.

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

Enfermedad significa un desequilibrio en la función o la 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.

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.

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

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

- a. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos;
- b. Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH, National Institutes of Health);
- c. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, Food and Drug Administration) de los Estados Unidos;
- d. El Departamento de Defensa (DOD, Department of Defense) de los Estados Unidos;
- e. El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs) de los Estados Unidos; o
- f. Una junta de revisión institucional de una institución en el 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);
- g. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Salud;
- h. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o
- i. El Departamento de Energía.

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 Atención Médica indica que son apropiados para utilizar en el hogar.

Equipo para la Diabetes representa:

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 para la Diabetes nuevo o mejorado, aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

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.

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) de los 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.
 - 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.
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.
 - 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 sección "Disposiciones Generales" de este Contrato.

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

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.

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.

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

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.

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.

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.

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 al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono indicado en la Tarjeta de Identificación de Miembro para obtener el Formulario de Medicamentos. El Formulario de Medicamentos está sujeto a cambios sin aviso.

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.

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)

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 integral e intensivo interdisciplinario y multidisciplinario para la Salud Mental o los problemas por el consumo de sustancias 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 o adultos que deben realizar un programa de tratamiento diseñado para cumplir con 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
2. Atención diurna

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.

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.

Instalación de Emergencia Similar se refiere a los siguientes lugares donde se proporcionan servicios de emergencia: (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 (Advanced Cardiac Life Support, ACLS) que cumpla con los estándares de atención de la Asociación Estadounidense del Corazón (American Heart Association, AHA) y la Sociedad Estadounidense de Trauma (American Trauma Society, ATS) y un centro de atención médica de emergencia privado, según se define en la cláusula 843.002: del Código de Seguros de Texas; o (ii) a los fines de la Atención Médica de Emergencia relacionada con Enfermedades Mentales, un centro de Salud Mental que pueda ofrecer servicios residenciales y psiquiátricos las 24 horas y que sea: (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.

Institución de Investigación se refiere a la institución u otra persona o entidad que lleva adelante un Estudio Clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

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.

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.

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.

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).

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.

Mamografía de Diagnóstico se refiere a un examen por imágenes que usa imágenes de mamografía, imágenes de ultrasonido o de resonancia magnética destinadas a evaluar lo siguiente:

1. una anomalía subjetiva u objetiva en un seno detectada por un médico o paciente;
2. una anomalía vista por un médico en una mamografía de detección;
3. una anomalía 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 o tejido mamario denso.

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. Mamografía digital.
3. Tomosíntesis de mamas.

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.

Medicamento Necesario significa el alcance requerido de un servicio, tratamiento o procedimiento de cuidado de la salud que un Profesional de la Atención Médica 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 la atención médica 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 condición 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.

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.

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.

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.

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.

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 utilicemos.

Medicamento Inyectable Autoadministrado se refiere a un medicamento aprobado por la FDA que una persona puede autoadministrarse mediante una inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, excluyendo la insulina, y que se receta para que la use la Persona Cubierta.

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.), un Auxiliar de Enfermería con licencia (L.P.N.) o un Enfermero profesional con licencia (L.V.N.).

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 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; u 5) otra persona que está bajo el mando exclusivo de Médicos.

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

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.

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.

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.

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.

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 las compañías pequeñas calificadas pueden adquirir cobertura de seguros médicos privados.

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 Costos Compartidos, pero no incluye lo siguiente:

1. administración de uso o penalizaciones de Medicamentos con Receta;
2. servicios no cubiertos; u
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.

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

Obesidad Mórbida (obesidad clínicamente grave) significa un índice de masa corporal (IMC), según lo 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 tipo II, condiciones cardiopulmonares potencialmente mortales o artropatía, que tendría tratamiento si no fuera por la obesidad.

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

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.

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

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; o
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.

Plan de Beneficios de Salud a Opción del Consumidor implica una póliza de seguro individual o colectiva por accidentes o enfermedad, o evidencia de cobertura que, en forma total o parcial, no ofrece o proporciona beneficios de salud exigidos por el estado, sino que ofrece cobertura válida, según se define en los artículos 1205.004(a) o 1501.102(a) del Código de Seguros de Texas.

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 la Salud no están cubiertos si el profesional reside en el domicilio de la Persona Cubierta o es un Familiar.

Programa de Cuidados de Hospicio significa un programa interdisciplinario coordinado ofrecido por una institución de cuidados de hospicio y 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 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.

Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios se refiere a un programa independiente u hospitalario que brinda servicios por al menos 3 horas diarias, dos o más días a la semana, para tratar casos de Enfermedades Mentales, Dependencia Química o se especializa en el tratamiento de Enfermedades Mentales acompañadas de Dependencia

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. una 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; o

3. Una persona que está bajo el mando o recibe órdenes de uno o más Hospitales y Médicos, incluida una organización de Médicos y Hospitales.

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.

Proveedor Participante se refiere a un Hospital, Centro de 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.

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.

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. Un examen neurofisiológico implica la administración de una serie de exámenes integrales que evalúan las fortalezas y debilidades neurocognitivas, conductuales y emocionales, y su relación con las funciones normales y anormales del sistema nervioso central.

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.

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

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, 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.

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.

Recuperación se refiere al proceso o los procesos de restablecer o mejorar una función específica.

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.

Salud Mental significa una Enfermedad Mental o Dependencia Química.

Servicio Cubierto significa un servicio o un suministro que están cubiertos conforme a este Contrato y sean Médicamente Necesarios y apropiados. Para que se lo considere Cubierto, el Servicio no puede ser Experimental, 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.

Servicios se refiere a procedimientos, cirugías, consultas, asesoramiento, diagnóstico, derivaciones, tratamiento, suministros, medicamentos, dispositivos o tecnologías.

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

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.
5. Pueden realizarse con el paciente hospitalizado o de forma ambulatoria.

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 con respecto a una Persona Cubierta 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 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.

Servicios de Tratamiento Posteriores a un Cuadro Agudo son Servicios que se ofrecen después de una hospitalización o tratamiento por un cuadro agudo que se basa 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 al reforzar, fortalecer o reestablecer patrones de conducta previamente adquiridos o al establecer nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos de compensación.

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 Dentales de Teleodontología significa Servicios Médicos proporcionados por un dentista o un profesional de la atención médica que actúa bajo la delegación y supervisión de un dentista, y que actúa dentro del alcance de la licencia o certificación del dentista o del profesional de la salud con respecto a un paciente que se encuentra en un lugar distinto del lugar donde se encuentra el dentista o profesional de la salud, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Servicios Médicos de Telemedicina significa Servicios Médicos proporcionados por un Médico autorizado en este estado o un profesional de la atención médica 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 atención médica con respecto a 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.

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

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 los EE. UU. (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force). Se considerarán como actuales las recomendaciones del USPSTF publicadas antes de noviembre de 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);
3. La atención preventiva para los 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 póliza, consulte el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) en 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.

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.

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

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 sobre la base de una evaluación o un entendimiento del déficit cerebral y de comportamiento del individuo.

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.

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.

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 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.

Titular del Contrato se refiere a una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad e 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.

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 Medicamente Necesarios y no Experimentales o De Investigación. El trasplante de varios órganos, cuando se lo realiza en forma simultánea, se considera como un trasplante de órganos.

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 ósea" incluye la extracción, el trasplante y los componentes de quimioterapia.

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

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 o terapéutica;
11. Histerosalpingografía;
12. Ultrasonografía;
13. Biopsia endometrial; y
14. Cualquier otra técnica de reproducción asistida o método de clonación.

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

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

Tratamiento Psicofisiológico se refiere a intervenciones diseñadas para mitigar o disminuir las respuestas fisiológicas irregulares del sistema nervioso debido a factores conductuales o emocionales.

Usted/Su significa la Persona Cubierta.

Usual y Habitual significa los honorarios habituales en el área geográfica donde se ofrecen los Servicios, que razonablemente se basan en las circunstancias.

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.

Listado de Beneficios: Elite Gold 001 de Community

Este Listado de Beneficios resume la información sobre beneficios para los Servicios Cubiertos que se describen con más detalle en la sección 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.

Monto Máximo de Gastos de Bolsillo	
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo (individual), por Persona, por Año del Plan	\$9,100
Monto Máximo de Gastos de Bolsillo (familiar), por Familia, por Año del Plan	\$18,200

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Monto Permitido
Servicios para Pacientes Ambulatorios		
Visita al consultorio del Proveedor 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
Honorarios del Centro de Cirugía para Pacientes Ambulatorios	Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios proporcionados en un centro ambulatorio o en un hospital sin admisión. Consulte la Cláusula 3(g).	\$300
Servicios Médicos/Quirúrgicos para Pacientes Ambulatorios	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
Imagenología de diagnóstico y rayos x para pacientes ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$30
Procedimientos de CT/PET/MRI y Otros Procedimientos de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios	Consulte las Cláusulas 3(g) y 3(h).	\$500
Diálisis	Por visita para diálisis Consulte la Cláusula 3(g).	\$65
Pruebas y Tratamientos para la Alergia	Por visita para tratamientos de alergia Consulte la Cláusula 3(h).	\$30
Quimioterapia, Radioterapia y Terapia de Infusión	Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Asesoramiento en Nutrición	Consulte la Cláusula 3(h).	\$30
Servicios de Cuidado Preventivo		

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Monto Permitido
Servicios de Cuidado Preventivo	Los Servicios de Cuidado Preventivo están cubiertos por el Plan en un 100 %, sin costo compartido. Consulte la página 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 costo compartido. Consulte la página 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. La cantidad máxima de días por admisión para la cual se debe abonar un copago es de 5 días. Consulte la Cláusula 3(g).	\$800 por día durante los primeros 5 días
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 Sala de Emergencias	Por episodio de Servicios en la Sala de Emergencias. Consulte la Cláusula 3(f). No se aplica el copago si se admite al paciente en el hospital (los gastos se aplican para pacientes internados).	\$800
Servicios de Transporte de Emergencia	Consulte la Cláusula 3(u).	\$65
Servicios de Atención Urgente		
Centro de Atención Médica de Urgencia	Consulte la Cláusula 3(v).	\$65
Cuidado de Salud Mental y Tratamiento por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios		
Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios	Visita de cuidado 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 consultorio \$300 por los servicios para pacientes ambulatorios
Servicios por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	Visita por Problemas de Consumo de Sustancias para Pacientes Ambulatorios realizadas a un Profesional de Atención Médica, o por él. Consulte la Cláusula 3(k).	\$30 por visita al consultorio \$300 por los servicios para pacientes ambulatorios
Cuidado de Salud Mental para Pacientes internados		

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Monto Permitido
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).	\$800 por día durante los primeros 5 días
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).	\$800 por día durante los primeros 5 días
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 Medicamente Necesarias a un Proveedor Participante o realizadas por él, que no sea un Médico de Atención Primaria.	\$65
Servicios de Habilitación	Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Terapia de Rehabilitación Ocupacional y Terapia de Rehabilitación Física	Se limita a Terapia de Rehabilitación Medicamente Necesaria, que incluye Terapia Ocupacional y Terapia Física.	\$65
Terapia del Habla	Limitado a servicios Medicamente Necesarios.	\$65
Atención Quiropráctica		
Visita de Atención Quiropráctica	La atención quiropráctica se limita a 35 visitas por año. Consulte la Cláusula 3(m).	\$65
Atención Médica a Domicilio		
Visita de Atención Médica Domiciliaria	Visita de atención 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		

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Monto Permitido
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).	\$800 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	Los copagos para pacientes internados se aplican por día por un máximo de 5 días de internación hospitalaria.	\$800 por día durante los primeros 5 días.
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).	\$65 por acontecimiento
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).	\$800 por día durante los primeros 5 días
Servicios Oftalmológicos Pediátricos		
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 18 años y menos (hasta que el niño cumpla 19 años)	Consulte la Cláusula 3(w).	\$65
Equipos Médicos Duraderos/Aparatos Médicos Ortopédicos/Protésicos y Audífonos		
Equipo Médico Duradero	Consulte la Cláusula 3(e).	30%
Audífonos	Consulte la Cláusula 3(e).	30%
Educación y Servicios para Personas Diabéticas		
Cuidado de Rutina de los Pies	Consulte la Cláusula 3(d).	\$65
Educación sobre la Diabetes	Consulte la Cláusula 3(d).	\$30
Administración de Cuidado para Personas Diabéticas	Consulte la Cláusula 3(d).	\$30
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).	\$800 por día durante los primeros 5 días

Beneficio	Descripción	Copago/Porcentaje de Monto Permitido
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).	\$20
Medicamentos de Marca Preferidos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$40
Medicamentos de Marca No Preferidos	Consulte la Cláusula 3(n).	\$80
Medicamentos Especializados	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. Consulte la Cláusula 3(n).	\$20 (Suministros para 30 días) \$50 (Suministros para 90 días)
Medicamentos de Marca Preferidos	Medicamentos de marca preferidos del Listado 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 	Lea detenidamente la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa en “Exclusiones y Limitaciones Generales”. Consulte la Cláusula 5.

