

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD

# CONSTANCIA DE COBERTURA

DEDUCIBLE DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS  
DE 2025



CommunityHealthChoice.org  
713.295.6704 | 1.855.315.5386

MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS FACILITADO POR EL GOBIERNO FEDERAL  
PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD A ELECCIÓN DEL CONSUMIDOR

CONSTANCIA DE COBERTURA

Community Health Choice Texas, Inc.  
4888 Loop Central Dr., Suite 600  
Houston, Texas 77081  
713.295.6704 and 1.855.315.5386  
TDD: 7-1-1  
[www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org)

LEA ATENTAMENTE ESTE CONTRATO

Esta Constancia de cobertura (contrato) es un contrato emitido para usted como afiliado (afiliado / su) y establece la cobertura a la que tiene derecho y describe las condiciones del plan de atención médica, incluidas las restricciones y limitaciones.

Nos comprometemos a pagar los beneficios por los servicios prestados al afiliado, con sujeción a todas las cláusulas del presente contrato.

El presente contrato se emite en contraprestación a la solicitud del titular del contrato, incorporada al mismo, y en contraprestación al pago de la prima por parte del titular del contrato, según lo dispuesto en el presente contrato.

Las omisiones o declaraciones erróneas de hechos materiales en la solicitud pueden causar la anulación de su contrato y la denegación de reclamaciones. Compruebe si hay errores en la solicitud y escríbanos si algún dato es incorrecto o está incompleto.

El presente contrato y la cobertura que proporciona entran en vigencia a las 12:00 a.m. (hora del afiliado) de la fecha de entrada en vigencia que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado. El presente contrato y la cobertura que proporciona finalizan a las 12:00 de la medianoche (hora del afiliado) de la fecha de finalización. Las disposiciones indicadas anteriormente y en las páginas siguientes forman parte del presente contrato.

**Este Plan de Beneficios de Salud a elección del consumidor, ya sea en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las constancias de cobertura en Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede proporcionar un plan de salud más económico aunque, al mismo tiempo, puede proporcionar menos beneficios de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud obligatorios en Texas. Consulte a su agente de seguros para saber qué beneficios de salud obligatorios del estado están excluidos en esta Constancia de cobertura.**

11718\_2025\_DeductibleOnExchange\_EOC

## **Elegibilidad**

Un titular de contrato que reside, vive o trabaja en el área de servicio y sus dependientes. Un/a dependiente puede residir en cualquier lugar de Estados Unidos. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado, se debe haber determinado que la persona es elegible a través del Mercado.

## **Renovabilidad**

El presente contrato permanecerá en vigencia a elección del titular del contrato, salvo lo dispuesto en la sección “Renovabilidad y finalización” del presente contrato.

## **Derecho de devolución del contrato**

El afiliado tiene derecho a devolver este contrato dentro de los 10 días calendario siguientes a su recepción y a que se le reembolse la parte de prima que haya pagado si, tras examinarlo, no está satisfecho con el contrato por cualquier motivo. Si decide devolver este contrato en el plazo de 10 días, se considerará nulo desde el principio y las partes estarán en la misma situación que si no se hubiera emitido ningún contrato. Si se prestan servicios o pagamos reclamaciones durante los 10 días, el afiliado será responsable de dichos servicios o reclamaciones.

---

[Firma de la Directora]

Lisa Wright  
Presidente y Directora Ejecutiva

## ¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene algún problema con una reclamación o con su prima, llame primero a su aseguradora o a su organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization o HMO, por su nombre y siglas en inglés). Si no consigue resolver el problema, el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance) puede ayudar al afiliado.

Aunque presente una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también debe presentar una queja o apelación a través de su aseguradora o HMO. Si no lo hace, puede perder su derecho a apelar.

Community Health Choice

Para obtener información o presentar una queja a su aseguradora o HMO:

**Llame al 512-974-3100 o 713.295.6704**

**Número gratuito: 1.855.315.5386**

Correo electrónico: [ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org](mailto:ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org)

Correo postal: Community Health Choice

Service Improvement

4888 Loop Central Drive, Suite 600

Houston, Texas 77081

Departamento de Seguros de Texas

Para obtener ayuda con una pregunta sobre seguros o presentar una denuncia ante el Estado:

Llame al: 1.800.252.3439

Online: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov)

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

Correo postal: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711

## ¿Tiene una queja o necesita ayuda?

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

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

Community Health Choice

Para obtener información o para presentar una queja ante su aseguradora o HMO:

**Llame a: 713.295.6704**

**Teléfono gratuito: 1.855.315.5386**

Correo electrónico: [ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org](mailto:ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org)

Dirección postal: Community Health Choice

Service Improvement

4888 Loop Central Drive, Suite 600

Houston, Texas 77081

El Departamento de Seguros de Texas

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

Llame al: 1.800.252.3439

En línea: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov)

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 12030, Austin, TX 78711

# GUÍA DE SU CONTRATO

<b>1. Acceso a la atención</b>	<b>9</b>
a. Cómo hallar un proveedor participante	9
b. Utilización de proveedores participantes	9
c. Cómo seleccionar un médico o proveedor de atención primaria (PCP)	9
d. El rol del PCP	10
e. Cuando un PCP no está disponible	10
f. Visita a un especialista	10
g. Cómo buscar servicios de atención de emergencia	11
h. Cómo buscar servicios de atención urgente	11
i. Servicios de telesalud	11
j. Utilización de proveedores no participantes	12
<b>2. Gestión de la utilización</b>	<b>13</b>
a. Autorización previa	13
b. Reducción del pago	13
<b>3. Gestión de sus beneficios contractuales</b>	<b>14</b>
<b>BENEFICIOS</b>	<b>15</b>
a. Lesión cerebral adquirida	15
b. Trastorno del espectro autista	15
c. Pruebas de biomarcador	16
d. Servicios dentales	16
e. Servicios para diabéticos	17
f. Equipos médicos duraderos y suministros médicos	17
g. Servicios de emergencia	19
h. Servicios de un centro de tratamientos médicos	19
i. Servicios de profesionales de la salud	20
j. Atención médica a domicilio	20
k. Centro de cuidados paliativos	21
l. Servicios de salud mental	21
m. Maternidad y neonatología	22
n. Terapias ambulatorias	23
o. Medicamentos recetados	23
p. Servicios de atención preventiva	27
q. Cirugía reconstructiva	30
r. Cuidados rutinarios durante los estudios clínicos	31

s. Servicios de rehabilitación y centro de enfermería especializada .....	31
t. Servicios de trasplante .....	32
u. Transporte y alojamiento por trasplante .....	33
v. Transporte .....	33
w. Servicios de urgencias .....	34
x. Servicios pediátricos de la vista .....	34
<b>4. Exclusiones y limitaciones generales .....</b>	<b>34</b>
<b>5. Exclusiones de medicamentos recetados .....</b>	<b>40</b>
<b>6. Pago de la prima .....</b>	<b>42</b>
a. Su obligación de pagar la prima .....	42
b. Reducción por costos compartidos .....	42
c. Crédito tributario anticipado para pago de la prima .....	42
d. Periodo de gracia .....	43
e. Periodo de gracia para personas cubiertas que reciben créditos tributarios anticipados para pagar la prima .....	43
f. Cambios en la prima .....	44
g. Devolución de la prima .....	44
<b>7. Cambios en el contrato .....</b>	<b>44</b>
a. Sus derechos a modificar el contrato .....	44
b. Nuestros derechos a modificar el contrato .....	45
c. Continuidad de cobertura para dependientes supérstites .....	46
d. Continuación de la cobertura por cambio de estado civil .....	46
<b>8. Renovabilidad y finalización .....</b>	<b>46</b>
a. Motivos para rescindir su contrato .....	46
b. Motivos para dar de baja a una persona cubierta .....	47
c. Su obligación de notificación .....	47
d. Reincorporación .....	48
e. Fraude .....	48
f. Motivos por los que el afiliado puede rescindir su contrato .....	48

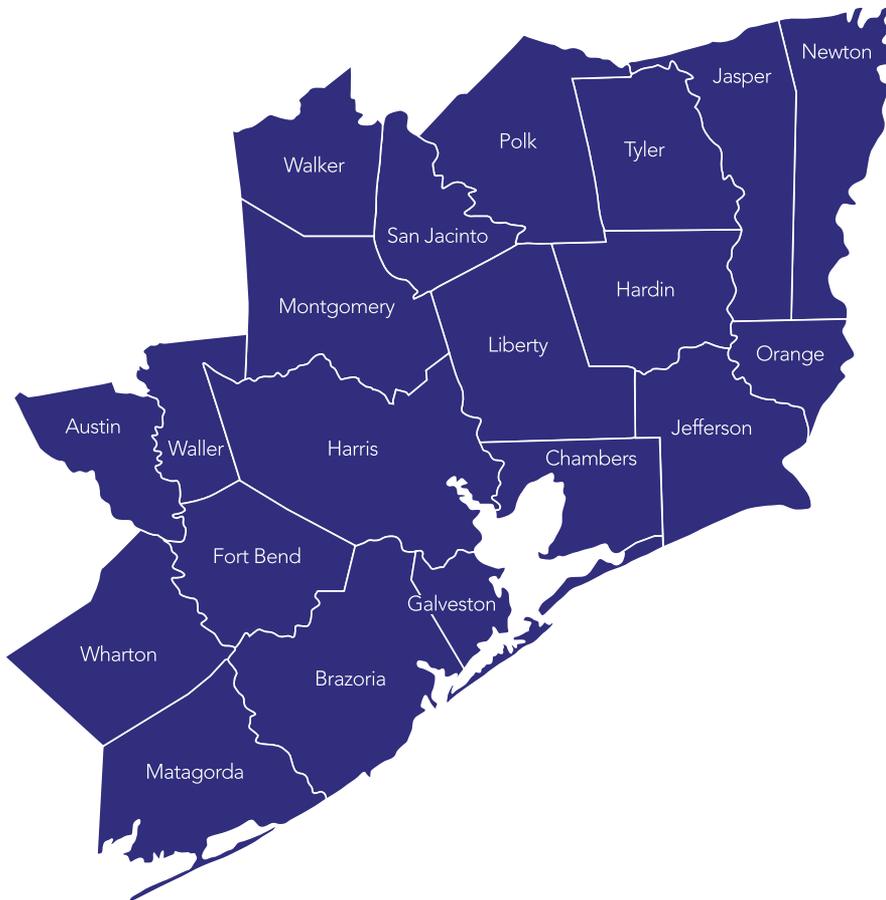
<b>9. Disposiciones generales</b> .....	<b>48</b>
a. Derechos de apelación, queja y revisión externa .....	48
b. Agotamiento de los recursos.....	52
c. Asignación de beneficios.....	53
d. Conformidad con la legislación estatal .....	53
e. Costo de la representación legal .....	53
f. Disposiciones duplicadas.....	53
g. Contrato completo.....	53
h. Incontestabilidad .....	53
i. Rescisión .....	53
j. Acción legal .....	54
k. Ajuste de la prima .....	54
l. Notificación de reclamación .....	54
m. Nuestra relación con los proveedores .....	55
n. Derechos que afectan a nuestra obligación de pagar .....	55
o. Derecho a solicitar pagos en exceso.....	61
p. Derecho a exigir exámenes médicos.....	61
q. Asistencia médica pública y estatal .....	61
r. Plazo de pago de reclamaciones .....	61
s. Indemnización por accidente de trabajo.....	61
<b>10. Definiciones</b> .....	<b>62</b>
<b>Cuadro de beneficios</b> .....	<b>80</b>

## Le damos la bienvenida a Community Health Choice Texas, Inc.

Gracias por elegir Community Health Choice Texas, Inc. (Community) como su plan de beneficios de salud. Community se compromete a proporcionarle acceso a una excelente atención cuando esté enfermo o lesionado, y beneficios para mantenerlo sano. Lo invitamos a leer esta Constancia de cobertura para aprender acerca de las formas en que este plan puede ayudarlo.

Esta Constancia de cobertura proporciona los beneficios establecidos por el gobierno federal en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). En Texas, se creó un Mercado de Seguros de Salud Facilitado por el Gobierno Federal a través del cual se ofrecen planes de salud calificados a las personas elegibles. El gobierno federal y el estado de Texas han establecido normas para el funcionamiento general de este plan. Para que esta cobertura resulte más económica, es posible que pueda optar por créditos tributarios federales por pago anticipado para ayudarlo a pagar el costo de su cobertura. Consulte la sección "Pago de primas" de este contrato.

### Área de servicio



El área de servicio también figura en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). También puede llamar a Atención al Afiliado (Member Services) al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

## 1. Acceso a la atención

### a. Cómo hallar un proveedor participante

Puede consultar un directorio de proveedores participantes en internet a través de [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). Consulte el directorio de proveedores participantes en internet y consulte al proveedor para verificar que participa en el plan de Community antes de obtener servicios. Si no tiene acceso al directorio por internet, llame al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para que lo ayuden a encontrar un proveedor participante o para solicitar una lista de proveedores de su preferencia.

### b. Utilización de proveedores participantes

En la mayoría de los casos, los proveedores participantes están disponibles para prestar servicios necesarios por motivos médicos. Los proveedores participantes han acordado aceptar tarifas con descuento o negociadas. El afiliado es responsable de pagar al proveedor participante cualquier deducible y/o copago aplicable por los servicios recibidos. Ofrecemos diferentes planes de atención administrada. Un proveedor que participa en un plan puede no ser necesariamente un proveedor participante para otros planes ofrecidos por Community.

Cuando reciba servicios, el afiliado debe asegurarse de que el proveedor participa como proveedor participante para evitar gastos adicionales de su bolsillo.

Community no proporciona ningún beneficio por servicios que el afiliado reciba de proveedores no participantes, salvo específicamente como se describe en esta Constancia de cobertura.

El afiliado tiene derecho a 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](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html).

Si Community aprueba una remisión para servicios de proveedores no participantes porque no hay un proveedor participante disponible (como se describe en la sección M “Acceso a la atención” de esta constancia) o si el afiliado ha recibido servicios de atención de emergencia proporcionados por un proveedor no participante, Community debe, en la mayoría de los casos, resolver la factura del proveedor no participante para que el afiliado sólo tenga que pagar cualquier cantidad aplicable de copago, coseguro o deducible.

Puede obtener un directorio por internet de proveedores participantes en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org) o llamando al 1-855-315-5386 para que lo ayuden a encontrar proveedores participantes disponibles. Si confió en información significativamente inexacta del directorio para hallar un proveedor participante, el afiliado puede tener derecho a que se pague una reclamación por un proveedor no participante como si fuera un proveedor participante. Para ello, el afiliado debe presentar una copia de la información inexacta del directorio a Community con fecha de no más de 30 días antes de recibir el servicio.

### c. Cómo seleccionar un médico o proveedor de atención primaria (PCP)

El afiliado debe seleccionar un médico o proveedor de atención primaria (PCP) para usted y para cada dependiente cubierto. La selección de un PCP le proporcionará un centro médico y es esencial para ayudarlo a gestionar su atención médica en general. Ofrecemos varias opciones para seleccionar los servicios de PCP.

Puede escoger cualquier PCP que desee, siempre que pertenezca a nuestra red y acepte nuevos pacientes. Puede escoger un pediatra como PCP para sus hijos.

Si no escoge un PCP, le escogeremos uno cerca de su domicilio. Puede cambiar de PCP en cualquier momento, pero el cambio no entrará en vigencia hasta principios del mes siguiente. Si necesita consejos para escoger un PCP y para obtener una lista de médicos de nuestra red, visite nuestro sitio web o acceda al portal para afiliados en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org).

Los siguientes tipos de proveedores participantes pueden actuar como PCP:

- Médicos de cualquiera de las siguientes áreas profesionales: Medicina General, Medicina de Familia, Medicina Interna o Pediatría.

- Médicos Obstetras/Ginecólogos que notifiquen al plan de salud que están dispuestos a actuar de PCP para determinadas afiliadas.
- Otros médicos de atención especializada que notifiquen al plan de salud que están dispuestos a actuar como PCP para determinados afiliados con enfermedades crónicas, incapacitantes o con potencialmente mortales.
- Centros de salud calificados por el gobierno federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC), clínicas de salud rurales (Rural Health Clinics, RHC) y clínicas comunitarias similares.
- Enfermeros de práctica avanzada (APN, por su sigla en inglés) y asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés) cuando ejercen bajo la supervisión de un médico designado como PCP.

Si padece una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede solicitar a nuestro director médico que un médico especialista sea su PCP. Puede realizar esta solicitud llamando al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de afiliado. Si se deniega su solicitud, tiene derecho a solicitar la revisión de la denegación a través de nuestro proceso de quejas. Para obtener más información, consulte la disposición sobre derechos de apelación, queja y revisión externa en la sección “Disposiciones generales” de este contrato.

Puede cambiar de PCP llamando a nuestro Departamento de Atención al Afiliado. Mientras tanto, su PCP actual seguirá coordinando su atención. Los cambios de PCP entran en vigencia el mismo día de la solicitud. Debe hacer los arreglos necesarios para que su historia clínica y la de su dependiente se transfieran al nuevo PCP.

Acudir al ginecólogo u obstetra

No necesita autorización de Community ni remisión de su PCP para visitar a un obstetra o ginecólogo (OB/GYN). Puede escoger uno de nuestra red. Sólo asegúrese de que el/la que usted elija se especialice en obstetricia y ginecología.

Durante el transcurso de su tratamiento, es posible que su ginecólogo/obstetra tenga que obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir determinados procedimientos cuando la remita a otra persona para recibir tratamiento. Si desea conocer una lista de proveedores participantes especializados en obstetricia y ginecología, visite nuestro sitio web o acceda al portal para afiliados en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org).

Las afiliadas pueden seleccionar, además de un PCP, un médico obstetra/ginecólogo para que les preste los servicios necesarios por motivos médicos que estén dentro del ámbito profesional del médico sin necesidad de recibir primero una remisión de su PCP.

#### **d. El rol del PCP**

Su PCP es responsable de proporcionar atención médica primaria y de ayudar a orientar e iniciar las remisiones para cualquier atención que reciba de otros proveedores de atención médica, incluidos los médicos especialistas.

#### **e. Cuando un PCP no está disponible**

Cuando su PCP no esté disponible, es posible que deba obtener los servicios del proveedor participante de respaldo designado por su PCP. Debe asegurarse de que el proveedor sea un médico participante o un proveedor participante de la red de su plan específico para evitar gastos adicionales de su bolsillo. Asegúrese de comentar estos convenios de respaldo con su PCP.

#### **f. Visita a un especialista**

Todas las necesidades médicas deben consultarse con su PCP. La red de Community incluye una amplia gama de médicos especialistas. Permitimos el acceso abierto a médicos de atención especializada sin la remisión de un PCP o sin la autorización de Community siempre y cuando sea con un proveedor participante. Si como persona cubierta, usted y su PCP determinan que hay necesidad de ver a un médico especialista, el PCP debe remitirlo a proveedores participantes.

Requerimos autorización previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org) o llame al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

## **g. Cómo buscar servicios de atención de emergencia**

Si necesita atención de emergencia:

1. Acuda a la sala de emergencias del hospital participante más cercano; o
2. Halle la sala de emergencias del hospital más cercano si su estado no le permite acudir a un hospital participante.

El afiliado, o alguien en nombre del afiliado, debe llamarnos dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso en un hospital no participante para recibir atención de emergencia. Si su estado no le permite llamarnos en las 48 horas siguientes a su ingreso, póngase en contacto con nosotros en cuanto su estado se lo permita. Podemos trasladarlo a un hospital participante del área de servicio cuando su estado sea estable. El afiliado debe ver a un proveedor participante para cualquier atención de seguimiento. Si los servicios de emergencia se prestan en un hospital no participante, pagaremos dichos servicios a la tarifa usual y acostumbrada o a una tarifa acordada.

## **h. Cómo buscar servicios de atención urgente**

Los pasos para solicitar servicios de atención urgente son los siguientes:

1. Póngase en contacto con su PCP o con el médico de respaldo del PCP.
2. Si el médico de atención primaria no está disponible, puede acudir a un centro de urgencias que sea un proveedor participante. Puede obtener los nombres de los centros de urgencias que son proveedores participantes llamándonos por teléfono o accediendo al Directorio de Proveedores en nuestra página web en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org).
3. Debe recibir cualquier servicio de seguimiento de una visita al centro de urgencias de su PCP o de un proveedor participante.
4. El afiliado debe pagar cualquier deducible y/o copago requerido para atención urgente.

## **i. Servicios de telesalud**

Telesalud Ultra Select Bronce 016, Ultra Select Bronce 018, Ultra Select Plata 019, Ultra Select Plata 020, Ultra Select Oro 021 y Ultra Select Oro 022.

Community ofrece servicios de telesalud a todos los afiliados inscritos en los planes Ultra Select Bronce 016, Ultra Select Bronce 018, Ultra Select Plata 019, Ultra Select Plata 020, Ultra Select Oro 021 y Ultra Select Oro 022 de Community. A través de la telesalud, Community proporciona acceso a atención médica para afecciones rutinarias a través del teléfono o de videoconsultores, incluidos los síntomas del resfriado y la gripe, las infecciones respiratorias, los problemas sinusales, la bronquitis, las alergias, las infecciones de oído, las infecciones urinarias, los problemas cutáneos, etc.

Debe utilizar la telesalud:

1. Si está pensando en acudir a la sala de emergencias o a un centro de urgencias por un problema que no sea una emergencia después de las 5 de la tarde.
2. Si se enferma fuera del área de servicio.
3. Para recetas no narcóticas, de corta duración o reposiciones, cuando sea adecuado por motivos médicos.
4. Si su PCP ofrece servicios de telesalud.

## **j. Utilización de proveedores no participantes**

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos participantes o proveedores participantes, a solicitud de su médico participante o proveedor participante, y no están disponibles dentro del tiempo adecuado a las circunstancias, pero sin superar los cinco (5) días laborables, nosotros permitiremos una remisión a un médico o proveedor no participante y reembolsaremos completamente al médico o proveedor no participante a la tarifa usual y acostumbrada o a una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de remisión a un proveedor no participante, dispondremos la revisión de la solicitud por parte de un especialista de la misma especialidad o de una especialidad similar a la del proveedor no participante al que se dirige la remisión.

No todos los profesionales de la salud que prestan servicios en hospitales participantes son proveedores participantes. Si los servicios son prestados por proveedores no participantes, incluidos, entre otros, patólogos, anestelistas, radiólogos y médicos de la sala de emergencias (médicos propios del centro) en un hospital participante, pagaremos dichos servicios según la tarifa usual y acostumbrada o según una tarifa acordada. También pagaremos los servicios prestados por un proveedor de servicios médicos de emergencia no participante de acuerdo con la legislación estatal. Si recibe una factura de un proveedor no participante o de un proveedor de servicios médicos de emergencia, contáctenos llamando al 1-855-315-5386.

La ley de Texas exige que si los servicios cubiertos no están disponibles a través de proveedores participantes como se ha descrito anteriormente, el afiliado sólo es responsable de cualquier copago aplicable u otras cantidades de desembolso que hubiera pagado si la red de Community incluía proveedores participantes que podrían haberle prestado los servicios. Si recibe una factura de un proveedor no participante, contáctenos llamando al 1-855-315-5386 o al 713-295-6704.

Es responsabilidad del afiliado comprobar la participación en la red de todos los proveedores antes de recibir cualquier servicio que no sea de emergencia. Debe verificar el estado de participación en la red, sólo a través de nosotros, llamando al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado o accediendo a nuestro sitio web, [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). No somos responsables de la exactitud o inexactitud de las declaraciones de participación en la red realizadas por cualquier PCP, médico especialista, hospital u otro proveedor, tenga o no contrato con nosotros. En otras palabras, si el médico de atención primaria, médico especialista u otro proveedor de la red recomienda que los servicios se reciban de otra entidad, es responsabilidad del afiliado verificar el estado de participación en la red de dicha entidad antes de recibir dichos servicios.

## 2. Gestión de la utilización

### a. Autorización previa

Una autorización previa significa la determinación por nuestra parte de que los servicios propuestos para ser prestados a una persona cubierta son necesarios por motivos médicos y apropiados. Requerimos autorización previa para ciertos servicios y medicamentos recetados, a menos que su profesional de la salud tenga una exención de autorización previa para los servicios y/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 necesarios por motivos médicos, a menos que el médico o proveedor haya tergiversado considerablemente los servicios propuestos o haya incumplido sustancialmente la prestación de los servicios propuestos. La autorización previa NO garantiza la cobertura ni el pago del servicio. Para los medicamentos recetados, la autorización previa es una confirmación de la dosis, la cantidad y la duración según corresponda a la edad, el diagnóstico y el sexo de la persona cubierta. Para todos los demás servicios o procedimientos, es una confirmación de la necesidad médica y la adecuación únicamente. La autorización previa no afirma que los servicios de atención médica estén cubiertos o que el paciente sea una persona cubierta. Tenga en cuenta que no se requiere una autorización previa para un servicio en particular si el médico o proveedor cumple con los criterios de exención para ese servicio en particular de acuerdo con el subcapítulo N del capítulo 4201 del Código de Seguros de Texas.

Todos los beneficios pagaderos en virtud del presente contrato deben corresponder a servicios o medicamentos recetados que sean necesarios por motivos médicos o a servicios preventivos, tal y como se establece en el presente contrato. Para determinados servicios y medicamentos recetados es necesaria nuestra autorización previa. Visite nuestro sitio web en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org) o llame al número de teléfono Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa o la forma de medicamentos recetados que indica cuándo se requiere autorización previa para los medicamentos recetados. La lista de servicios y medicamentos recetados que requieren autorización previa está sujeta a cambios. La cobertura proporcionada en el pasado para servicios o medicamentos recetados que no recibieron o requirieron autorización previa no es garantía de cobertura futura del mismo servicio o medicamento recetado.

Autorización previa o la forma de medicamentos recetados que indica cuándo se requiere autorización previa para los medicamentos recetados. La lista de servicios y medicamentos recetados que requieren autorización previa está sujeta a cambios. La cobertura proporcionada en el pasado para servicios o medicamentos recetados que no recibieron o requirieron autorización previa no es garantía de cobertura futura del mismo servicio o medicamento recetados.

Su médico o proveedor debe ponerse en contacto con nosotros por teléfono, por vía electrónica o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar la autorización figura en su tarjeta de identificación de afiliado. No se pagarán beneficios por servicios o medicamentos que no sean servicios cubiertos.

Emitiremos una determinación sobre una solicitud de autorización previa a más tardar tres (3) días calendario después de recibir la solicitud. Si la autorización previa implica una atención hospitalaria concurrente, emitiremos una determinación dentro de las 24 horas de recibida la solicitud. Si la autorización previa se refiere a un tratamiento posterior a la estabilización o a una situación de riesgo vital, emitiremos una determinación dentro del plazo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y las condiciones del afiliado, pero en ningún caso excederá de una hora a partir de la recepción de la solicitud. Su médico o proveedor puede solicitar la renovación de una solicitud de autorización previa existente 60 días antes de la fecha de caducidad de la autorización previa. Si recibimos una solicitud de renovación de una autorización previa antes de que caduque la autorización previa existente, si es posible, revisaremos la solicitud y emitiremos una determinación antes de que expire la autorización previa existente.

### b. Reducción del pago

Si no se pone en contacto con nosotros para solicitar la autorización previa de servicios o suministros que requieren autorización previa, pero finalmente se determina que los servicios o suministros son necesarios por motivos médicos, los beneficios cubiertos pueden ser denegados por no haber obtenido la autorización previa.

### 3. Gestión de sus beneficios contractuales

Pagaremos los beneficios por los servicios cubiertos según lo establecido en el “Cuadro de beneficios” y en esta sección del contrato, y de acuerdo con las secciones “Exclusiones generales” y “Exclusiones de medicamentos recetados” y cualquier enmienda o cláusula adicional que forme parte del contrato y que pueda modificar sus beneficios.

Si obtiene servicios no cubiertos, el afiliado es responsable de efectuar el pago completo al médico o proveedor. El hecho de que un médico o proveedor haya realizado o prescrito un servicio adecuado desde el punto de vista médico, o el hecho de que pueda ser el único tratamiento disponible para una lesión corporal o enfermedad, no significa que el servicio esté cubierto por el presente contrato.

Si tiene un deducible en virtud de este contrato, debe abonar el deducible en su totalidad antes de que realicemos cualquier pago. El afiliado deberá abonar los copagos directamente al médico o proveedor. Una vez alcanzado el límite máximo de gastos de bolsillo, el afiliado dejará de ser responsable de los copagos de los proveedores participantes durante el resto del año del plan. El afiliado es responsable de demostrar que ha abonado estos copagos. No hay deducibles ni copagos para los servicios preventivos.

Una persona cubierta que tenga circunstancias especiales puede ser elegible para la continuación de los servicios de un proveedor cancelado a través de la continuidad de la atención. Un proveedor cancelado es un proveedor participante cuyo contrato se cancela o no se renueva.

Todos los términos y las disposiciones del presente contrato son aplicables a los servicios cubiertos prestados durante el período de atención continuada por parte del proveedor rescindido.

No hay continuidad de atención:

- a. Si el proveedor fue despedido por razones de competencia médica o comportamiento profesional;
- b. Después de los 90 días siguientes a la fecha efectiva de baja del contrato por parte del proveedor; o
- c. Tras la expiración del periodo de nueve meses posterior a la fecha efectiva de baja del proveedor si a la persona cubierta se le diagnosticó una enfermedad terminal en el momento de la baja.

Si una persona cubierta tiene circunstancias especiales o ha superado la semana 24 de embarazo en el momento de la baja del proveedor, la continuidad de la atención se extiende hasta el parto del niño y se aplica a la atención posparto inmediata y a la revisión de seguimiento dentro del periodo de seis semanas tras el parto.

Si una reclamación es rechazada por ser experimental o en investigación, el afiliado tiene derecho a solicitar la revisión del rechazo por parte de una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la disposición sobre derechos de apelación, queja y revisión externa en la sección “Disposiciones generales” de este contrato.

## BENEFICIOS

Consulte las secciones “Exclusiones generales” y “Exclusiones de medicamentos recetados” de este contrato. Todos los términos y las disposiciones del presente contrato, incluido el requisito de autorización previa especificado en el mismo, se aplican a los servicios cubiertos. Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y del lugar del servicio.

### a. Lesión cerebral adquirida

Terapia y servicios de rehabilitación y habilitación que sean necesarios por motivos médicos para el tratamiento de una lesión cerebral adquirida, que incluyen 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 neurofeedback, servicios de recuperación y transición de pacientes posagudos, servicios de reintegración a la comunidad, incluidos los servicios de tratamiento ambulatorio de día, u otros servicios de tratamiento de pacientes posagudos, si dichos servicios son necesarios como consecuencia de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con la misma.

Gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de un individuo que:

1. ha sufrido una lesión cerebral adquirida,
2. no ha respondido al tratamiento y
3. responde al tratamiento más adelante.

La terapia de rehabilitación y habilitación y los servicios para una lesión cerebral adquirida pueden prestarse en un hospital, en un hospital de rehabilitación de agudos o posagudos, en un centro de vida asistida o en cualquier otro centro en el que puedan prestarse los servicios o las terapias adecuados.

Los objetivos de tratamiento para la terapia o los servicios relacionados con el tratamiento de una lesión cerebral adquirida pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o ralentización de un mayor deterioro.

En esta sección, terapia significa el tratamiento correctivo programado y proporcionado a través de la interacción directa con el individuo para mejorar una condición patológica resultante de una lesión cerebral adquirida. Servicio significa el trabajo de pruebas, tratamiento y provisión de terapias a un individuo con una lesión cerebral adquirida.

### b. Trastorno del espectro autista

Servicios generalmente reconocidos y prescritos en relación con el trastorno del espectro autista por el PCP de una persona cubierta o

médicos especialistas en un plan de tratamiento recomendado por un médico. Las personas que proporcionen el tratamiento prescrito en el plan de tratamiento deben ser profesionales de la salud:

- que estén autorizados, certificados o registrados por una agencia adecuada del estado de Texas;
- cuya credencial profesional esté reconocida y aceptada por un organismo competente de Estados Unidos;
  - que estén certificados como proveedor en virtud del sistema sanitario militar TRICARE; o
  - una persona que actúe bajo la supervisión de un profesional de la salud.

A efectos de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

- Servicios de evaluación y valoración
- Análisis aplicado de la conducta
- Entrenamiento y gestión del comportamiento

- Logopedia
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia o
- Medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista.

### c. Pruebas de biomarcadores

Pruebas de biomarcadores con fines de diagnóstico, tratamiento, gestión adecuada o seguimiento continuo de la enfermedad o afección de un afiliado para orientar el tratamiento cuando la prueba esté respaldada por los siguientes tipos de pruebas médicas y científicas:

1. una indicación etiquetada para una prueba aprobada o autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.;
2. una prueba indicada para un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU.;
3. una determinación de cobertura nacional realizada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o una determinación de cobertura local realizada por un contratista administrativo de Medicare;
4. directrices de práctica clínica reconocidas a nivel nacional; o
5. declaraciones de consenso.

Las pruebas de biomarcadores sólo están disponibles según lo descrito anteriormente y cuando el uso de las pruebas de biomarcadores proporciona utilidad clínica porque el uso de la prueba para la enfermedad:

1. se basa en pruebas;
2. es científicamente válido en función de las pruebas médicas y científicas descritas anteriormente;
3. informa del resultado del afiliado y una decisión clínica del proveedor; y
4. aborda predominantemente el problema agudo o crónico para el que se solicita la prueba, salvo que una prueba pueda incluir alguna información que no pueda utilizarse inmediatamente en la formulación de una decisión clínica.

La cobertura de las pruebas de biomarcadores se proporcionará de manera que se limiten las interrupciones en la atención, incluida la limitación del número de biopsias y muestras de bioespecímenes.

### d. Servicios dentales

Tratamiento limitado para una lesión dental en un diente natural sano. La persona cubierta debe solicitar tratamiento dentro de las 48 horas siguientes al momento del accidente o en la fecha de inicio de cobertura, lo que ocurra más tarde. Los servicios cubiertos se limitarán al servicio menos costoso que nosotros determinemos que producirá resultados profesionalmente adecuados. Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y lugar del servicio.

El plan también cubriría los servicios dentales necesarios para el tratamiento o la corrección de un defecto congénito y la cirugía bucal definida como procedimiento quirúrgico maxilofacial limitado a:

1. La escisión de neoplasias no relacionadas con la odontología, incluidos tumores y quistes benignos y todas las lesiones y los crecimientos malignos y premalignos;
2. La incisión y el drenaje de un absceso facial;
3. Procedimientos quirúrgicos de las glándulas y conductos salivales y procedimientos no odontológicos de los senos paranasales accesorios; y

4. La reducción de una luxación, escisión e inyección de la articulación temporomandibular, salvo en los casos excluidos por el plan; y
5. La extracción de dientes óseos impactados completos.

#### **e. Servicios para diabéticos**

Los siguientes servicios son para una persona con diabetes cubierta:

1. Cuidados rutinarios de los pies; (consulte las exclusiones en el número 25 de la sección 4); y
2. Formación y educación para el autocontrol en régimen ambulatorio, incluida la terapia nutricional médica prescrita por un profesional de la salud para el tratamiento de:
  - a. La diabetes mellitus
  - b. La diabetes gestacional
  - c. La diabetes insulino dependiente o no insulino dependiente y
  - d. Afecciones médicas asociadas a niveles elevados de glucosa en sangre.

Los equipos y suministros para la diabetes están cubiertos en el apartado sobre equipos médicos duraderos y suministros médicos. Los medicamentos recetados para el tratamiento de la diabetes están cubiertos por la disposición sobre medicamentos recetados.

También están cubiertas las reposiciones de emergencia de los siguientes equipos o suministros dispensados a la persona cubierta por un farmacéutico, en virtud del ejercicio del criterio profesional del farmacéutico y sin la autorización del médico que receta, del mismo modo que para una reposición que no sea de emergencia de dichos equipos o suministros para la diabetes, si el farmacéutico:

- (a) no puede ponerse en contacto con el médico que receta tras un esfuerzo razonable;
- (b) recibe documentación que demuestre que un médico ha recetado previamente a la persona cubierta insulina o equipos o suministros relacionados con la insulina;
- (c) evalúa a la persona cubierta para determinar si la reposición de emergencia es adecuada;
- (d) crea un registro que documenta la visita de la persona cubierta y que incluye una anotación que describe la documentación proporcionada que demuestra que un médico recetó previamente a la persona cubierta insulina o equipos o suministros relacionados con la insulina; y
- (e) hace un esfuerzo razonable para informar al médico que receta de la reposición de emergencia a la mayor brevedad posible.

La cantidad de una reposición de emergencia de insulina no puede exceder el suministro para 30 días. La cantidad de una reposición de emergencia de equipos o suministros relacionados con la insulina no puede exceder de la cantidad menor de un suministro para 30 días o el paquete más pequeño disponible.

#### **f. Equipos médicos duraderos y suministros médicos**

Equipos o dispositivos específicamente diseñados y destinados al cuidado y tratamiento de una lesión corporal o enfermedad como los siguientes:

1. Una silla de ruedas sin motor
2. Una cama de hospital
3. Un respirador
4. Oxígeno y alquiler de equipos para su administración;

5. Aparatos ortopédicos y prótesis o suministros iniciales, incluidos, entre otros, extremidades y ojos. El beneficio se limita al modelo más apropiado de aparato ortopédico o prótesis que satisfaga adecuadamente las necesidades médicas de la persona cubierta, según lo determinado por el médico tratante, el podólogo y el protésico u ortopedista de la persona cubierta. La sustitución o reparación de los aparatos ortopédicos y prótesis es un gasto cubierto a menos que la reparación o sustitución sea necesaria por mal uso o pérdida.
6. Servicios relacionados con la adaptación y el uso de prótesis y aparatos ortopédicos.
7. Yesos, férulas (que no sean dentales), bragueros, aparatos dentales (que no sean de ortodoncia) y muletas.
8. Pelucas estándar después del tratamiento del cáncer (no más de una de por vida). El afiliado deberá abonar el deducible y/o el coseguro aplicable del equipo médico duradero. Community cubrirá hasta un máximo de \$250.
9. Los siguientes suministros especiales, cuando los prescriba el profesional de la salud:
  - a. Apósitos quirúrgicos
  - b. Catéteres
  - c. Bolsas de colostomía, anillos y cinturones
  - d. Almohadillas de flotación
  - e. Suministros/kits de fórmula enteral
10. Equipos e insumos para diabéticos
11. Fórmulas dietéticas, independientemente del método de administración de la fórmula, necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) u otras enfermedades hereditarias.
12. Fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula, utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento de:
  - a. Alergias mediadas y no mediadas por inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias;
  - b. Síndromes de enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias;
  - c. Trastornos eosinofílicos, evidenciados por los resultados de la biopsia; y
  - d. Trastornos que afectan a 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 adaptación y dispensación y el suministro de moldes auriculares según sea necesario para mantener un ajuste óptimo de los audífonos.
14. Un implante coclear en cada oído para una persona cubierta y un procesador del habla externo y controlador con las piezas de repuesto de los componentes necesarios según sea médica y audiológicamente necesario cada tres años;  
y
15. Otros equipos médicos duraderos. Visite nuestra página web [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org) o llame al teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener más información.

Los costos de estos artículos se limitarán al menor entre el costo de alquiler y el precio de compra. Si determinamos que el costo menor es la opción de compra, cualquier monto pagado como alquiler por dicho equipo médico duradero se acreditará al precio de compra. Si la persona cubierta opta por actualizar el equipo o aparato, será responsable de la diferencia de precio entre el costo del artículo estándar y el costo del artículo actualizado.

Si el equipo y el aparato incluyen elementos o características de comodidad o conveniencia que exceden lo que es necesario por motivos médicos, no pagaremos más de lo que es necesario por motivos médicos. Por ejemplo, el reembolso de una silla de ruedas motorizada se limitará al reembolso de una silla de ruedas estándar, cuando una silla de ruedas estándar sea todo lo que es necesario por motivos médicos.

No se concederán beneficios para alquileres duplicados o similares, o debido a estos, de equipos médicos duraderos.

#### **g. Servicios de emergencia**

Servicios cubiertos para la atención de emergencia en un centro de emergencias hospitalario, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencias comparable. Pagaremos a los médicos y proveedores no participantes la tarifa usual y acostumbrada o una tarifa acordada.

La ley de Texas exige que si el afiliado recibe servicios cubiertos para atención de emergencia, el afiliado sólo sea responsable de cualquier copago aplicable u otras cantidades de bolsillo que hubiera pagado si hubiera recibido atención de emergencia de un proveedor participante. Si recibe una factura de un proveedor no participante, incluso por atención de emergencia, contáctenos llamando al 1-855-315-5386. A excepción de la atención de emergencia, los servicios cubiertos sólo están disponibles dentro del área de servicio.

#### **h. Servicios de un centro de tratamientos médicos**

1. Alojamiento y manutención diarios y cuidados generales de enfermería hasta la tarifa de habitación semiprivada por cada día de internación, incluso, pero no limitado a:
  - a. no menos de 48 horas después de una mastectomía y 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama, a menos que usted y su médico tratante determinen que un periodo más corto es apropiado; y
  - b. no menos de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones;
2. Internación en una unidad de cuidados críticos o en una unidad de cuidados intensivos y servicios relacionados;
3. Quirófano e instalaciones relacionadas;
4. Servicios auxiliares;
5. Sangre total, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores del plasma sanguíneo, que no sean por o para el afiliado y administración de sangre total y plasma sanguíneo;
6. Gastos de otros centros de tratamientos médicos;
7. Fármacos, medicamentos y productos biológicos que se proporcionan o administran a la persona cubierta mientras está internada en un hospital o centro de enfermería especializada;
8. Tratamiento programado regularmente, como diálisis, quimioterapia, terapia de inhalación o radioterapia en un centro de tratamiento médico, según lo ordenado por el profesional de la salud de la persona cubierta;
9. Servicios ambulatorios en un hospital o centro quirúrgico independiente;
10. Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un entorno hospitalario de cuidados intensivos;
11. Análisis de laboratorio, servicios de patología y otras pruebas diagnósticas;
12. Comidas y dietas especiales cuando sean necesarias por motivos médicos;
13. Enfermería privada para pacientes hospitalizados cuando sea necesaria por motivos médicos;
14. Servicio especial de enfermería cuando sea necesario por motivos médicos;
15. Servicios de anestesia y oxígeno; y
16. Radiología.

## **i. Servicios de profesionales de la salud**

1. Visitas a profesionales de la salud;
2. Pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología;
3. Atención de seguimiento diagnóstico relacionada con la discapacidad auditiva de un hijo/a dependiente desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad;
4. Segundas opiniones quirúrgicas;
5. Cirugía;
6. Servicios de un asistente y/o ayudante quirúrgico;
7. Servicios de un asistente médico, un enfermero registrado o un técnico de quirófano titulado cuando sean necesarios por motivos médicos;
8. Anestesia administrada por un profesional de la salud o un anestesista registrado y certificado que asiste a una intervención quirúrgica;
9. Servicios de un patólogo;
10. Servicios de un radiólogo;
11. Servicios relacionados con la administración de fórmulas elementales a base de aminoácidos, según lo previsto en la disposición sobre medicamentos recetados;
12. Inyecciones e inyecciones antialérgicas, terapia, pruebas y suero;
13. Asesoramiento nutricional para afecciones relacionadas con la nutrición por parte de un nutricionista o dietista; y
14. Servicios médicos de telemedicina, teleodontología o telesalud.

La visita al consultorio de un profesional de la salud incluye únicamente los siguientes servicios:

1. Realización de una historia clínica;
2. Realización de un examen;
3. Diagnóstico o toma de decisión médica y el tratamiento asociado;
4. Administración de inyecciones antialérgicas u otras inyecciones;
5. Pruebas diagnósticas de laboratorio y radiología; y
6. Electrocardiograma (ECG).

## **j. Asistencia médica a domicilio**

Servicios prestados por una agencia de asistencia médica a domicilio en el hogar de la persona cubierta. Estos servicios están sujetos a las directrices de autorización. Todos los servicios de asistencia médica a domicilio deben prestarse a tiempo parcial o de forma intermitente junto con un plan de atención médica domiciliaria. Consulte el Cuadro de beneficios para conocer las limitaciones.

No se prestarán beneficios para lo siguiente o debido a lo siguiente:

1. Gastos por kilometraje o tiempo de viaje de ida y vuelta al domicilio de la persona cubierta;

2. Diferencias salariales o de turno para cualquier representante de una agencia de asistencia médica a domicilio;
3. Cobros por supervisión de agencias de asistencia médica a domicilio;
4. Cuidados supervisados; o
5. Suministro o administración de medicamentos inyectables autoadministrados que el afiliado sea capaz de administrarse.

#### **k. Centro de cuidados paliativos**

Servicios cubiertos prestados en el marco de un programa de cuidados paliativos proporcionados en un centro o en el domicilio de la persona cubierta por una agencia de cuidados paliativos. Un profesional de la salud debe certificar que la persona cubierta padece una enfermedad terminal.

1. Alojamiento y comida en un centro de cuidados paliativos.
2. Cuidados de enfermería a tiempo parcial prestados por un enfermero o supervisados por un enfermero durante un máximo de ocho horas al día.
3. Consulta en centro de cuidados paliativos para el paciente de cuidados paliativos por parte de un trabajador social clínico autorizado o un consejero pastoral;
4. Servicios médicos sociales para la persona cubierta con enfermedad terminal, que incluyen:
  - a. Evaluación de las necesidades sociales, emocionales y médicas, así como de la situación del hogar y la familia; e
  - b. Identificación de los recursos comunitarios disponibles.
5. Asesoramiento psicológico y alimentario.
6. Servicios asistenciales a domicilio a tiempo parcial durante un máximo de ocho horas al día; y
7. Suministros médicos, fármacos y medicamentos recetados por un profesional de la salud para cuidados paliativos.

No se prestarán beneficios para lo siguiente o debido a lo siguiente:

1. Preparativos funerarios;
2. Asesoramiento financiero o jurídico, incluida la planificación patrimonial o la redacción de un testamento;
3. Servicios de ama de casa o cuidador, incluidos:
  - a. Servicios de niñero o acompañante;
  - b. Limpieza del hogar; o
  - c. Mantenimiento del hogar;
4. Servicios de un asistente social que no sea un asistente social clínico con licencia;
5. Servicios prestados por un/a consejero/a pastoral autorizado a un miembro de su congregación. Se trata de servicios prestados en el ejercicio de sus funciones como pastor/a o ministro/a; y
6. Atención de relevo.

#### **l. Servicios de salud mental**

Los servicios cubiertos de salud mental se prestan en los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios médicos y quirúrgicos, incluida la prohibición de requisitos financieros y la imposición de cualquier límite cuantitativo o no cuantitativo de tratamiento que sea más restrictivo que los aplicables a los beneficios médicos y quirúrgicos.

Servicios cubiertos prestados por:

1. Un profesional de la salud,
2. Un hospital o
3. Un centro de tratamiento médico.

Servicios cubiertos de salud mental para pacientes hospitalizados para:

1. Servicios de hospitalización, incluidos alojamiento y comida; y
2. Visitas al profesional de la salud.

Atención ambulatoria de salud mental y servicios de consultorio de salud mental cubiertos incurridos para:

1. Exámenes o visitas en un consultorio, incluidos análisis de laboratorio y radiografías; y
2. Psicoterapia.

Servicios adicionales cubiertos para la salud mental:

1. Un programa intensivo ambulatorio,
2. Un programa de hospitalización parcial y
3. Un centro residencial de tratamiento.

No se prestarán beneficios para lo siguiente o debido a lo siguiente:

1. Un hogar de transición.

## **m. Maternidad y neonatología**

Servicios prenatales, de parto y de hospitalización para cuidados de maternidad y posnatales.

Los servicios cubiertos para un recién nacido dependiente incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Lesión corporal o enfermedad,
2. Atención y tratamiento del parto prematuro y
3. Anomalías y defectos congénitos con diagnósticos médicos.

Los defectos congénitos recibirán el mismo tratamiento que cualquier otra lesión corporal o enfermedad para la que se presten servicios cubiertos.

Cuando la afiliada o su recién nacido reciban el alta hospitalaria antes de un mínimo de 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones, los servicios cubiertos incluyen los servicios ambulatorios posteriores al parto.

La atención posparto incluye evaluaciones físicas maternas y neonatales (evaluaciones físicas tanto para la afiliada como para el recién nacido), así como la administración de la prueba de análisis neonatal, el kit de prueba de análisis neonatal, la educación de los padres, la asistencia y la formación en lactancia materna y alimentación con biberón. La visita ambulatoria posterior al parto puede realizarse en el domicilio de la madre, en el consultorio del profesional de salud o en un centro sanitario. Los servicios pueden ser prestados por un médico, un enfermero registrado u otro profesional de la salud con licencia. Esta visita es adicional a su cobertura de atención obstétrica posparto ambulatoria.

## **n. Terapias ambulatorias**

Servicios ambulatorios de rehabilitación y habilitación ordenados y prestados por un profesional de la salud para lo siguiente:

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 vertebrales, ajustes y modalidades,
5. Servicios de logopedia o terapia del habla,
6. Servicios de rehabilitación cognitiva,
7. Servicios de terapia audiológica,
8. Tratamiento relacionado con audífonos e implantes cocleares, incluida la habilitación y rehabilitación según sea necesario por motivos médicos para el beneficio educativo,
9. Servicios de radioterapia,
10. Quimioterapia,
11. Servicios de terapia respiratoria o pulmonar,
12. Servicios de rehabilitación cardíaca y
13. Asesoramiento nutricional para un niño con retraso en el desarrollo.

Los servicios cubiertos incluyen terapias que resultan en una mejora práctica del nivel de funcionamiento dentro de un período de tiempo razonable y la terapia no se considera atención de mantenimiento. Cuando el profesional de la salud determine que son necesarios por motivos médicos, los servicios de terapia para una persona cubierta que tenga una discapacidad física no se considerarán atención de mantenimiento. Estos servicios de terapia se brindan sin tener en cuenta si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional.

Los servicios de terapia para un niño dependiente con un retraso en el desarrollo deben prestarse de acuerdo con un plan de servicio familiar e individual emitido por el Interagency Council on Early Childhood Intervention en virtud del capítulo 73 del Código de Recursos Humanos de Texas.

Los servicios de terapia prestados durante una visita de asistencia médica a domicilio están cubiertos por la disposición sobre asistencia médica a domicilio.

Consulte el Cuadro de beneficios para conocer las limitaciones.

## **o. Medicamentos recetados**

Cualquier pago realizado en virtud de esta disposición se aplica al límite máximo de gastos de bolsillo de la persona cubierta. Los beneficios pueden estar sujetos a límites de dispensación, autorización previa o requisitos de terapia escalonada, si los hubiera.

Si el cobro de la farmacia dispensadora es menor que el copago por medicamentos recetados, la persona cubierta será responsable de la cantidad menor.

La cantidad que nosotros pagamos a la farmacia dispensadora no puede reflejar el costo final para nosotros del medicamento.

Los copagos de medicamentos recetados se efectúan por receta o reposición y no se ajustarán si recibimos descuentos retrospectivos por volumen o reembolsos por medicamentos recetados.

Algunas farmacias minoristas participan en nuestro programa de reposición para 90 días, que permite a una persona cubierta recibir un suministro para 90 días de una receta o reposición de medicamentos de mantenimiento elegibles. El costo es dos veces y media el copago aplicable según se indica en el Cuadro de beneficios. Los medicamentos especializados o los medicamentos inyectables autoadministrados están limitados a un suministro máximo de 30 días.

El fraccionamiento de comprimidos es un programa voluntario en el que la gestión de medicamentos farmacéuticos (PBM, en inglés) puede designar determinados medicamentos del Formulario que el afiliado puede fraccionar en casa el comprimido de una dosis de mayor potencia. Con este programa, el afiliado obtiene la mitad de la cantidad habitual para un suministro de 30 días, por ejemplo, 15 comprimidos para un suministro de 30 días. Los afiliados que utilicen el fraccionamiento de comprimidos pagarán la mitad de la cantidad normal de copago.

Debemos ser notificados de cualquier costo compartido aplicable a una reclamación de una persona cubierta al que la farmacia haya renunciado. Cualquier monto al que se haya renunciado y que no haya sido pagado por la persona cubierta no se aplicará a ningún límite máximo de gastos de bolsillo por medicamentos recetados.

Podemos permitir la sincronización de reposiciones para medicamentos recetados de mantenimiento y el prorrateo del costo compartido para un suministro parcial de ciertos medicamentos recetados.

En el caso de las gotas oftálmicas recetadas, se permitirá la reposición si la persona cubierta paga puntualmente en el punto de venta y la receta original indica que se necesitan cantidades adicionales de gotas oftálmicas, la reposición no supera la cantidad total de unidades de dosificación autorizada por el médico o proveedor que receta en la receta original, incluidas las reposiciones, y la reposición se dispensa el último día o antes del último día del periodo de dosificación prescrito y no antes del día 21 después de la fecha de dispensación de una receta para un suministro de gotas oftálmicas para 30 días, no antes del día 42 después de la fecha de dispensación de la receta para un suministro de gotas oftálmicas para 30 días.

Los afiliados pueden obtener: (1) un suministro para tres meses del medicamento anticonceptivo que es un medicamento recetado cubierto de una sola vez la primera vez que las afiliadas obtienen el medicamento; y (2) un suministro para 12 meses de un medicamento anticonceptivo que es un medicamento recetado cubierto de una sola vez cada vez subsiguiente que la afiliada obtiene el mismo medicamento. La cobertura está limitada por afiliada a sólo un suministro de 12 meses durante cada período de 12 meses.

Community Health Choice requiere que los afiliados 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 medicamento de marca, el afiliado pagará el copago de nivel aplicable. Si no se aprueba el uso del medicamento de marca pero el afiliado desea que se le dispense el medicamento de marca, el afiliado pagará el copago de nivel aplicable del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Esta cantidad no se aplicará al deducible ni al límite de gasto máximo de bolsillo del afiliado.

El programa de Farmacias Especializadas forma parte de su beneficio farmacéutico y es obligatorio después de su primer surtido en farmacias minoristas para todas las recetas especializadas que cumplan los siguientes criterios. Permitiremos que los afiliados accedan a los beneficios de medicamentos recetados en farmacias minoristas de la red, a menos que:

1. El medicamento esté sujeto a distribución restringida por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. o
2. El medicamento requiera una manipulación especial, la coordinación del proveedor o la educación del paciente que una farmacia minorista no puede proporcionar.

Podemos cobrar a los afiliados una cantidad diferente de costos compartidos por obtener un medicamento cubierto en una farmacia minorista, pero todos los costos compartidos contarán para el límite anual de costos compartidos del plan.

Si se cumplen las siguientes condiciones, aplicaremos todos los pagos de terceros, ayudas económicas, descuentos, vales de productos u otras reducciones del costo compartido efectuados por el afiliado o en su nombre para un medicamento recetado cubierto:

1. No existe un equivalente genérico;

2. Existe un equivalente genérico, pero el afiliado ha obtenido acceso al medicamento recetado cubierto mediante autorización previa, terapia escalonada o mediante excepción o apelación;
3. No existe un producto biológico intercambiable, o
4. Un producto biológico intercambiable sí existe, pero el afiliado ha obtenido acceso al medicamento recetado cubierto a través de autorización previa, terapia escalonada o a través de excepción o apelación.

Puede obtener más información llamando al servicio de Atención al cliente de Navitus al 866-333-2757. También puede acceder al manual de Farmacia por internet en [www.communityhealthchoice.org](http://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 el servicio de Atención al cliente de Navitus llamando al 866-333-2757. Con Navitus SpecialtyRx, la entrega de sus medicamentos especializados es gratuita, y directamente a su puerta o al consultorio del médico recetador a través de FedEx. El servicio de mensajería local está disponible para necesidades de medicamentos de emergencia en el mismo día. Para comenzar a utilizar Navitus SpecialtyRx, llame gratis al 1-855-847-3553. Trabajaremos con su el médico para sus recetas especializadas actuales o nuevas.

El afiliado tiene acceso en tiempo real a comprobar los beneficios vinculados con la elegibilidad, los costos compartidos y los requisitos aplicables de gestión de la utilización a través del Portal del Afiliado. Los afiliados pueden ingresar al Portal del Afiliado (Member Portal) por internet en [www.navitus.com/members](http://www.navitus.com/members).

Los medicamentos recetados cubiertos son:

1. Fármacos, medicinas o medicamentos, y los servicios necesarios asociados a la administración de dichos fármacos, medicinas o medicamentos, prescritos para tratar una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal que:
  - a. hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para al menos una indicación;
  - y
  - b. están reconocidos por lo siguiente para el tratamiento de la indicación para la que se prescribe el medicamento (1) un compendio de referencia de medicamentos de prescripción aprobado por el Departamento de Seguros, o (2) literatura médica revisada por pares sustancialmente aceptada.
2. Fármacos, medicinas o medicamentos que, en virtud de la legislación federal o estatal, sólo pueden dispensarse con receta de un profesional de la salud;
3. Fármacos, medicinas o medicamentos incluidos en el Formulario de medicamentos;
4. Insulina y suministros para diabéticos incluidos en el Formulario de medicamentos. Los costos compartidos para la insulina incluidos en el Formulario de medicamentos no superarán los \$25.00 por receta para un suministro para 30 días, independientemente de la cantidad o del tipo de insulina necesario para dispensar la receta;
5. Agujas o jeringas hipodérmicas cuando sean recetadas por un profesional de la salud para su uso con insulina o medicamentos inyectables autoadministrados que estén incluidos en el Formulario de medicamentos. Las agujas y jeringas hipodérmicas utilizadas junto con los medicamentos cubiertos pueden estar disponibles sin costo alguno para la persona cubierta;
6. Agujas hipodérmicas, jeringas u otro método de suministro necesario para la administración de un medicamento especializado, si está incluido con el cobro del medicamento especializado. Pueden estar disponibles sin costo alguno para la persona cubierta;
7. Medicamentos especializados y medicamentos inyectables autoadministrados incluidos en el Formulario de medicamentos que aprobamos, limitados a un suministro para 30 días, a menos que determinemos lo contrario;
8. Fármacos, medicinas o medicamentos requeridos en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio con una receta de un profesional de la salud;
9. Medicamento anticanceroso recetado y administrado por vía oral que se utiliza para destruir o ralentizar el crecimiento de las células cancerosas;
10. Espaciadores y/o medidores de flujo máximo para el tratamiento del asma y

11. Fórmulas enterales y suplementos nutricionales necesarios para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, en inglés) u otras enfermedades hereditarias.

Si un afiliado padece una enfermedad crónica, compleja, poco frecuente o potencialmente mortal y el médico o proveedor que lo trata determina que:

1. una demora haría probable el avance de la enfermedad o
2. el uso de una farmacia participante
  - a. haría probable la muerte o daño al paciente,
  - b. causaría potencialmente un obstáculo a la adhesión del afiliado al cumplimiento del plan de cuidados,
  - c. o debido a los plazos de entrega o los requisitos de dosificación, requieran la entrega por parte de una farmacia no participante.

Nosotros:

3. No exigiremos que los medicamentos recetados cubiertos administrados clínicamente sean dispensados únicamente por determinadas farmacias participantes;
4. No limitaremos o excluirémos los medicamentos recetados cubiertos administrados clínicamente en función de la elección de farmacia del afiliado o porque el medicamento recetado cubierto no haya sido dispensado por una farmacia participante;
5. No exigiremos a un médico o proveedor participante que facture o sea reembolsado por la entrega y administración de medicamentos recetados cubiertos clínicamente administrados bajo un beneficio farmacéutico en lugar de un beneficio médico sin:
  - a. consentimiento informado por escrito del afiliado; y
  - b. un certificado escrito del médico o proveedor participante en el que conste que una demora en la administración del medicamento recetado no supondrá un aumento del riesgo para el paciente; o
6. No exigiremos que un afiliado pague una tarifa adicional o un costo compartido más elevado debido a la elección de farmacia por parte del afiliado o porque el medicamento recetado cubierto no haya sido dispensado por una farmacia participante.

Los fármacos, las medicinas y los medicamentos más frecuentemente recetados que cubrimos se especifican en nuestro Formulario de medicamentos. El Formulario de medicamentos identifica categorías de fármacos, medicinas o medicamentos por niveles. También indica los límites de dispensación y cualquier requisito aplicable de autorización previa o terapia escalonada. Esta información es revisada periódicamente por un comité de farmacia y terapéutica formado por médicos y farmacéuticos. La inclusión en el Formulario de medicamentos no garantiza que el profesional de la salud prescribirá ese fármaco, medicina o medicamento recetado para un determinado problema médico o de salud mental.

La terapia escalonada no exige no haber respondido a más de un medicamento diferente ni demostrar antecedentes de fracaso de más de un medicamento diferente (excluidos los genéricos o equivalentes farmacéuticos) para el tratamiento de enfermedades mentales graves en afiliados mayores de 18 años.

Puede obtener una copia de nuestro Formulario de medicamentos visitando nuestro sitio web en [www.navitus.com](http://www.navitus.com) o llamando al número de teléfono de Atención al Afiliado de Navitus que figura en su tarjeta de identificación de afiliado. Si un fármaco, medicina o medicamento específico no figura en el Formulario de medicamentos, puede llamarnos o comunicarse con nosotros por escrito para solicitarnos que determinemos si un medicamento específico está incluido en nuestro Formulario. Responderemos a su solicitud en un plazo máximo de tres días laborables partir de la fecha de recepción de la solicitud.

Si un fármaco, medicina o medicamento no aparece en el Formulario de medicamentos (o no lo cubrimos de otro modo), una persona cubierta o un representante designado de la persona cubierta o un médico que receta puede solicitar una excepción por medios verbales o por escrito. Responderemos a su solicitud en un plazo máximo de 72 horas a partir de la fecha de recepción de la solicitud. Se puede realizar una revisión acelerada en circunstancias apremiantes, como cuando una persona cubierta sufre un problema de salud que puede poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima de la persona cubierta, o cuando una persona cubierta está recibiendo un tratamiento en curso con un medicamento que no está incluido en el Formulario. Responderemos a una solicitud acelerada basada en

circunstancias apremiantes y notificaremos a la persona cubierta o a la persona que ésta designe y al médico que receta el medicamento a más tardar 24 horas después de la fecha de recepción de la solicitud.

Un médico o proveedor que receta, en nombre de una persona cubierta, puede presentar una solicitud de excepción a un requisito de terapia escalonada. Puede encontrar información adicional en nuestro sitio web [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org). Si no denegamos una solicitud de excepción antes de que transcurran 72 horas desde la presentación de la solicitud, ésta se considerará aceptada. Si el médico o proveedor que receta el medicamento declara en la solicitud que cree razonablemente que una denegación de la solicitud hace probable la muerte o daño grave a la persona cubierta, si nosotros no denegamos una solicitud de excepción antes de que transcurran 24 horas desde que se realizó la solicitud, la solicitud se considera concedida.

Si no aprobamos una solicitud de excepción para una receta, el afiliado tiene derecho a apelar esa decisión. Consulte el proceso en el apartado 9.a. Derechos de apelación, queja y revisión externa en la sección “Disposiciones generales”. Además, el plan proporcionará cobertura del medicamento no incluido en el Formulario mientras dure el apremio.

La terapia escalonada no es necesaria para los medicamentos recetados relacionados con el tratamiento del cáncer avanzado, metastásico o afecciones asociadas en estadio cuatro. Esta excepción se aplica únicamente a los medicamentos recetados cuyo uso: (1) sea coherente con prácticas óptimas para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o una afección asociada; (2) esté respaldado por bibliografía revisada por expertos y basada en pruebas; y (3) esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

Los médicos que receten un medicamento de nivel superior o de marca cuando exista un equivalente genérico deben solicitar una autorización previa a través de nuestra PBM (gestión de beneficios farmacéuticos). Algunos medicamentos genéricos de alto costo pueden estar incluidos en un nivel superior y, por tanto, tener un copago más alto.

Para los medicamentos recetados cubiertos indicados para tratar una enfermedad autoinmune, hemofilia o enfermedad de Von Willebrand, no exigimos una autorización previa más de una vez al año. Esta excepción a la autorización previa no se aplica a: (1) opiáceos, benzodiazepinas, barbitúricos o carisoprodo; (2) medicamentos recetados que tienen un tratamiento típico inferior a 12 meses; (3) fármacos que: (A) tienen una advertencia en caja asignada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. para su uso; y (B) deben tener una evaluación específica por parte del proveedor; o (4) el uso de un medicamento aprobado para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. de una manera distinta al uso aprobado.

La cobertura de medicamentos recetados está sujeta a cambios. De acuerdo con las leyes estatales, se debe enviar al afiliado una notificación por escrito de antemano para las siguientes modificaciones que afectan a la cobertura de medicamentos recetados:

1. Retirada de un medicamento del Formulario de medicamentos;
2. Requisito de que el afiliado reciba autorización previa para un medicamento;
3. Un límite de cantidad impuesto o modificado;
4. Una restricción impuesta por la terapia escalonada;
5. Trasladar un medicamento a un nivel de participación en los gastos más elevado, a menos que exista una alternativa genérica al medicamento.

Sólo realizaremos este tipo de cambios en la cobertura de medicamentos recetados al renovar el contrato. Se lo notificaremos por escrito a más tardar 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

## **p. Servicios de atención preventiva**

Servicios para el cuidado del niño sano y servicios preventivos del adulto recomendados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés) o según lo dispuesto por el estado en la fecha en que se incurre en el servicio. No se incluyen la atención de enfermería de rutina.

Para conocer los servicios preventivos que se aplican a su contrato, consulte el sitio web del HHS en [www.HHS.gov](http://www.HHS.gov) o llame al número de teléfono de Atención del Afiliado de Community que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Los requisitos de deducible y copago no se aplican a los servicios preventivos. El diagnóstico y tratamiento de los servicios no preventivos durante una visita preventiva están sujetos a deducibles y copagos.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Visita a un médico para un examen físico rutinario o anual para detectar o prevenir enfermedades;
2. Servicios rutinarios de radiología, laboratorio y/o endoscopia para detectar o prevenir enfermedades relacionadas con exámenes rutinarios o anuales;
3. Mamografía de rutina y diagnóstico por imagen (por todas las formas de mamografía de baja dosis). Para mamografías de rutina cada 1 año para una persona cubierta de sexo femenino de 35 años de edad o más;
4. Un examen diagnóstico anual médicamente reconocido para una persona cubierta de sexo femenino de 18 años de edad o más para la detección temprana de cáncer cervical y de ovario de acuerdo con las pautas adoptadas por el American College of Obstetricians and Gynecologists u otra organización nacional similar de profesionales médicos reconocida por el Comisionado. Los requisitos mínimos del examen diagnóstico para detectar el virus del papiloma humano incluyen una citología vaginal convencional y un análisis de sangre del antígeno CA-125 solo o en combinación con cualquier prueba o examen aprobado por la FDA para la detección del cáncer de ovario;
5. Un examen anual de detección de cáncer de próstata, incluida una prueba de antígeno prostático específico (PSA, en inglés) para una persona cubierta de sexo masculino de 40 años o más;
6. Un examen de detección médicamente reconocido para la detección de cáncer colorrectal para una persona cubierta con riesgo normal de desarrollar cáncer de colon. Los servicios cubiertos incluyen:
  - a. Exámenes de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio a los que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos haya asignado una calificación de "A" o "B" para personas con riesgo medio, incluidos los servicios a los que se pueda asignar una calificación de "A" o "B" en el futuro;
  - b. Una colonoscopia inicial u otra prueba o procedimiento médico para la detección del cáncer colorrectal y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento iniciales son anormales.
7. Pruebas no invasivas de detección de aterosclerosis y de estructuras y funciones arteriales anormales para una persona cubierta que sea:
  - a. Un hombre mayor de 45 años y menor de 76 o
  - b. Una mujer mayor de 55 años y menor de 76 y
    - i. Es diabético/a o
    - ii. Presenta un riesgo de desarrollar una cardiopatía basado en una puntuación intermedia o superior derivada del algoritmo de predicción coronaria del Estudio de Salud de Framingham.

Los servicios cubiertos incluyen uno de los siguientes controles cada cinco años:

- a. Una tomografía computarizada (TC) que mida la calcificación de las arterias coronarias; o
  - b. Una ecografía que mide el grosor de la íntima-media carotídeo y la placa;
8. Inmunizaciones sistemáticas (las inyecciones de vacuna antituberculosa y de desensibilización a la alergia no se consideran inmunizaciones sistemáticas);
  9. Vacunas contra la gripe y la neumonía;
  10. Control del consumo abusivo de alcohol y asesoramiento para evaluar el consumo de alcohol, las conductas de consumo y los problemas relacionados con el alcohol;
  11. Control de la tensión arterial;
  12. Detección de la diabetes;
  13. Asesoramiento alimentario para las personas cubiertas con mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas;

14. Detección de la depresión y la ansiedad;
15. Detección del VIH;
16. Asesoramiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adultos;
17. Control del consumo de tabaco para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los fumadores;
18. Detección de sífilis en adultos;
19. Control sistemático de la anemia en embarazadas;
20. Detección de infecciones urinarias u otras infecciones en embarazadas;
21. Asesoramiento sobre las pruebas del gen BRCA para las mujeres con mayor riesgo;
22. Quimioprevención del cáncer de mama en mujeres de alto riesgo;
23. Apoyo integral a la lactancia materna y asesoramiento por parte de proveedores formados, así como acceso a suministros para la lactancia materna, para embarazadas y lactantes;
24. Detección del cáncer de cuello uterino en mujeres sexualmente activas;
25. Detección de la infección por clamidia;
26. Anticoncepción: métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos de esterilización y educación y asesoramiento de pacientes, sin incluir fármacos abortivos;
27. Detección de la violencia doméstica e interpersonal y asesoramiento para todas las mujeres;
28. Suplementos de ácido fólico para mujeres que puedan quedarse embarazadas;
29. Control de diabetes gestacional para embarazos de 24 a 28 semanas y para aquellas con alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;
30. Análisis de gonorrea para todas las mujeres;
31. Pruebas de detección de la hepatitis B para embarazadas en su primera visita prenatal;
32. Detección y asesoramiento sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para todos los adultos;
33. Prueba de ADN del virus del papiloma humano (VPH); prueba de ADN del VPH de alto riesgo cada tres años para mujeres con resultados normales en la citología que tengan 30 años o más;
34. Análisis de la osteoporosis en mujeres en función de los factores de riesgo;
35. Pruebas de incompatibilidad Rh para todas las embarazadas y pruebas de seguimiento para las mujeres con mayor riesgo;
36. Control del consumo de tabaco e intervenciones para todas las mujeres, y ampliación del asesoramiento para las embarazadas fumadoras;
37. Visitas de la mujer sana para obtener los servicios preventivos recomendados;
38. Evaluación del consumo de alcohol y drogas en adolescentes;
39. Pruebas de detección del autismo en niños de 18 y 24 meses;
40. Evaluaciones conductuales para niños de todas las edades;
41. Control de la tensión arterial en niños;
42. Control de displasia cervical en mujeres sexualmente activas;

43. Detección del hipotiroidismo congénito en recién nacidos;
44. Detección de la depresión en adolescentes;
45. Control del desarrollo de los niños menores de 3 años y vigilancia durante toda la infancia;
46. Análisis de la dislipidemia en niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos;
47. Suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua;
48. Medicación preventiva contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
49. Un examen de discapacidad auditiva para un hijo/a dependiente desde el nacimiento hasta los 30 días de edad;
50. Medición de la altura, el peso y el índice de masa corporal de los niños;
51. Análisis de hematocrito y hemoglobina en niños;
52. Análisis de hemoglobinopatías o drepanocitosis en recién nacidos;
53. Análisis de detección del VIH en adolescentes de alto riesgo;
54. Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los 18 años: las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían;
55. Suplementos de hierro para niños de 6 a 12 meses para la anemia;
56. Análisis de detección del plomo en niños con riesgo de exposición;
57. Historia clínica de todos los niños a lo largo de su desarrollo;
58. Control de la obesidad y asesoramiento;
59. Evaluación del riesgo para la salud bucodental de los niños pequeños;
60. Análisis de la fenilcetonuria (PKU) para detectar este trastorno genético en recién nacidos;
61. Asesoramiento y controles de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes;
62. Pruebas de tuberculina para los niños con mayor riesgo de tuberculosis; y
63. Pruebas de visión y audición para menores de 18 años.

#### **q. Cirugía reconstructiva**

Proporcionaremos beneficios para los servicios cubiertos de cirugía reconstructiva en los que se incurra por lo siguiente:

1. Restablecer el funcionamiento perdido por afecciones derivadas de una lesión corporal;
2. Que es incidental o posterior a una cirugía cubierta resultante de una enfermedad o una lesión corporal de la parte implicada si se ha producido un traumatismo, una infección u otra enfermedad;
3. Tras una mastectomía necesaria por motivos médicos. La cirugía reconstructiva incluye todas las fases y revisiones de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía, la reconstrucción de la otra mama para establecer la simetría, las prótesis y las complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas;
4. Cirugía reconstructiva de anomalías craneofaciales; y
5. Debido a una enfermedad congénita o anomalía de una extremidad para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de la estructura corporal anormal.

No se cubren las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos para modificar la textura o el aspecto de la piel o para cambiar el tamaño, la forma o el aspecto de los rasgos faciales o corporales (incluidos, entre otros, la nariz, los ojos, las orejas, las mejillas, la barbilla, el pecho o los senos de la persona cubierta).

Salvo que se disponga lo contrario en el presente contrato, los servicios estéticos y los servicios por complicaciones de servicios estéticos no están cubiertos, independientemente de que la cirugía inicial se haya realizado mientras la persona cubierta estaba cubierta por el presente contrato o por cualquier cobertura anterior.

#### **r. Cuidados rutinarios durante los estudios clínicos**

Pagaremos los servicios cubiertos que sean costos de atención de rutina del paciente prestados a una persona cubierta que participe en un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV si el servicio, artículo o fármaco está cubierto de otro modo en virtud del presente contrato.

No se proporcionarán beneficios por servicios que formen parte del objeto del estudio clínico y que sean pagados habitualmente por la institución de investigación que realiza el estudio clínico.

Para los afiliados que reciban tratamiento necesario por motivos médicos para el cáncer, incluso cirugía, quimioterapia o radiación, que la American Society of Clinical Oncology o la American Society for Reproductive Medicine haya establecido que puede causar directa o indirectamente un deterioro de la fertilidad, servicios de preservación de la fertilidad.

#### **s. Servicios de rehabilitación y centro de enfermería especializada**

Los servicios cubiertos incluyen:

1. Alojamiento y comida diarios;
2. Servicios generales de enfermería por cada día de internación; y
3. Servicios de rehabilitación,

Prestados durante la internación en un centro de rehabilitación de pacientes subagudos o en un centro de enfermería especializada, siempre que la persona cubierta esté bajo el cuidado habitual de un profesional de la salud que haya revisado y aprobado la internación. Los servicios en un centro de rehabilitación de pacientes subagudos o en un centro de enfermería especializada deben ser:

1. Proporcionados en lugar de atención en un hospital; o
2. Por la misma afección que requirió internación en un hospital. La persona cubierta debe ingresar en el centro de rehabilitación de pacientes subagudos o en el centro de enfermería especializada dentro de los 14 días siguientes al alta del hospital.

La cobertura de un centro de rehabilitación para pacientes subagudos o un centro de enfermería especializada cesará cuando se hayan alcanzado o se hayan estabilizado progresos mensurables y significativos hacia los resultados previstos y razonables.

Los servicios de rehabilitación prestados en un centro de enfermería especializada incluyen, entre otros:

1. Tratamiento de las complicaciones de la enfermedad que requirieron hospitalización;
2. Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia;
3. Programas de rehabilitación pulmonar; y
4. La evaluación de la necesidad de los servicios enumerados anteriormente.

El calendario previsto y las referencias a los lugares de servicio no se aplican a los afiliados que reciben servicios terapéuticos por una lesión cerebral adquirida. Para más información sobre los beneficios relacionadas con la lesión cerebral adquirida, consulte la sección Beneficios (a).

Consulte el Cuadro de beneficios para conocer las limitaciones.

## t. Servicios de trasplante

Si una persona cubierta requiere un trasplante de órganos o es donante de una persona cubierta, debemos autorizar previamente todos los servicios relacionados, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Servicios hospitalarios y de profesionales de la salud; y
- Costos de adquisición y del donante de órganos, incluidos los servicios previos al trasplante, el procedimiento de adquisición y cualquier complicación derivada de la adquisición.

Los costos del donante no excederán el período de tratamiento del trasplante de órganos. Una vez pagados los beneficios de una persona cubierta que es receptora, proporcionaremos el reembolso de los servicios cubiertos de un donante vivo en la medida en que los beneficios permanezcan y estén disponibles en virtud del presente contrato. Cualquier beneficio existente disponible a través de la cobertura médica del donante será secundario a los beneficios disponibles en virtud del presente contrato.

Debemos expedir una autorización previa antes del trasplante de órganos. El profesional de la salud de la persona cubierta debe notificarnos de antemano la necesidad de una evaluación inicial para el trasplante de órganos para que podamos determinar si el trasplante de órganos estará cubierto. Para la aprobación del trasplante de órganos en sí, debemos contar con una oportunidad razonable de revisar los resultados clínicos de la evaluación antes de tomar una decisión.

Sugerimos que las solicitudes de autorización previa se nos envíen a través del Portal del Proveedor, por fax o por teléfono de la siguiente manera:

1. Al menos 5 días antes de un ingreso electivo como paciente internado en un hospital, centro de cuidados prolongados o rehabilitación o centro de cuidados paliativos.
2. Al menos 30 días antes de la evaluación inicial para los servicios de trasplante de órganos.
3. En las 24 horas siguientes a cualquier ingreso hospitalario, incluidos los ingresos hospitalarios incipientes.
4. Al menos 5 días antes del inicio programado de los servicios médicos a domicilio, salvo aquellos afiliados que necesiten servicios médicos a domicilio tras el alta hospitalaria.

Una vez aprobada la cobertura del trasplante de órganos, avisaremos al profesional de la salud. Los beneficios sólo se pagan si aprobamos los servicios previos al trasplante, el trasplante de órganos y los servicios posteriores al alta. La cobertura de los servicios posteriores al alta y el tratamiento de las complicaciones después del trasplante se limitan al período de tratamiento del trasplante de órganos.

Los servicios cubiertos para un trasplante de órgano cubierto incluyen los servicios previos al trasplante, el trasplante incluida cualquier quimioterapia y servicios asociados, los servicios posteriores al alta y el tratamiento de complicaciones tras el trasplante de los siguientes órganos o procedimientos únicamente:

1. Corazón;
2. Pulmón o pulmones;
3. Hígado;
4. Riñón;
5. Médula ósea;
6. Páncreas;
7. Autotrasplante de islotes pancreáticos;
8. Intestino;
9. Multivisceral;
10. Cualquier combinación de los órganos enumerados anteriormente; y

11. Cualquier órgano que no figure en la lista anterior, si así lo exige la legislación estatal o federal.

Los trasplantes de córnea y los implantes de válvulas cardíacas porcinas, que son tejidos y no órganos, se consideran parte de los beneficios regulares del contrato y están sujetos a otras disposiciones aplicables de este contrato.

No se prestarán beneficios para lo siguiente o debido a lo siguiente:

1. Trasplantes experimentales o en vías de investigación;
2. Un trasplante que no cumple nuestros criterios para el pretrasplante;
3. Gastos subvencionables por cualquier fondo de investigación privado o público, programa gubernamental salvo Medicaid u otro programa de financiación, independientemente de que se haya solicitado o recibido dicha financiación;
4. Gastos relacionados con un trasplante para el que no aprobamos la cobertura 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, los medicamentos inmunosupresores y los gastos relacionados con las complicaciones de dicho trasplante;
6. Gastos relacionados con el almacenamiento de sangre del cordón umbilical y células madre, a menos que sea parte fundamental de un trasplante de órganos que aprobamos.
7. Gastos relacionados con un trasplante de órganos realizado fuera de Estados Unidos y cualquier atención derivada de dicho trasplante de órganos.

#### **u. Transporte y alojamiento para trasplantes**

Costos directos no médicos de:

- La persona cubierta que recibe el trasplante de órgano cuando el hospital que realiza el trasplante de órgano cubierto se encuentra a más de 160 km (100 millas) de distancia de la residencia de la persona cubierta; y
- Un cuidador o persona de apoyo designada (dos, si la persona cubierta que recibe el trasplante de órgano cubierto es menor de 18 años), si vive a más de 160 km (100 millas) del hospital que realiza el trasplante de órgano cubierto.

Los costos directos no médicos incluyen:

1. Servicios cubiertos de transporte de ida y vuelta al hospital donde se realice el trasplante de órgano cubierto, limitados a dos viajes de ida y vuelta por trasplante de órgano cubierto; y
2. Alojamiento temporal en un lugar preestablecido cuando lo solicite el hospital que realiza el trasplante de órgano cubierto y lo aprobemos.

Todos los gastos directos, no médicos, de la persona cubierta que recibe el trasplante de órgano cubierto y del o de los cuidadores o la o las personas de apoyo designadas están limitados a un máximo combinado por trasplante de órgano cubierto, según se indica en el Cuadro de beneficios.

#### **v. Transporte**

Servicio profesional de ambulancia aérea y terrestre desde el lugar donde se produce una emergencia médica hasta el centro médico apropiado más cercano equipado para proporcionar tratamiento de atención de emergencia. Pagaremos a los proveedores no participantes de acuerdo con las leyes estatales o federales. Todos los servicios de transporte que no sean de emergencia, incluidas las ambulancias terrestres y/o aéreas, requieren autorización previa. 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 situación del afiliado debe ser tal que cualquier otra forma de transporte arriesgaría la salud o la seguridad del afiliado. Los servicios de ambulancia aérea que no sean de emergencia sólo están cubiertos cuando: 1) traslado en ambulancia es necesario por motivos médicos y 2) el terreno, la distancia, el estado físico del afiliado u otras circunstancias requieren el uso de servicios de ambulancia aérea en lugar de servicios de ambulancia terrestre.

A partir del 1 de enero de 2022, la Ley Sin Sorpresas prohíbe la facturación por sorpresa a los consumidores con servicios de emergencia fuera de la red, incluidos servicios de ambulancia aérea (pero no ambulancia terrestre).

#### w. Servicios de urgencia

Los servicios cubiertos incluyen los servicios de urgencia en un centro de urgencias que participe en la red de proveedores.

#### x. Servicios pediátricos para la vista

Los servicios cubiertos incluyen:

1. Un (1) examen oftalmológico de rutina al año para los menores de 18 años (hasta el final del mes en que el afiliado cumpla 19 años);
2. Cobertura de una evaluación completa de la baja visión cada cinco años;
3. Cuatro visitas de seguimiento en un periodo de cinco años.
4. Un (1) par de monturas selectas y lentes graduadas cada 12 meses para niños de hasta 18 años (hasta el final del mes en que el afiliado cumpla 19 años) O BIEN un (1) par de lentes de contacto graduadas (en lugar de monturas y lentes graduadas) cada 12 meses para niños de hasta 18 años (hasta el final del mes en que el afiliado cumpla 19 años).
  - a. Esto incluye la elección de lentes de cristal o plástico, todas las graduaciones de lentes (monofocales, bifocales, trifocales, lenticulares), polarización de moda y degradado, revestimiento protector ultravioleta, lentes de sol graduadas de gran tamaño y gris espejo Nro. 3, lentes de policarbonato, revestimiento antirayaduras y artículos para baja visión; y
  - b. Las lentes de contacto necesarias por motivos médicos para las siguientes afecciones: queratocono; miopía patológica; afaquia; anisometropía; aniseiconia; aniridia; trastornos de la córnea; trastornos postraumáticos; y astigmatismo irregular requieren autorización previa.

El examen visual es una evaluación breve (como una tabla optométrica) que puede realizar un médico de atención primaria como parte de un examen físico rutinario o anual. Un examen visual no diagnostica ni corrige problemas de visión o de salud ocular. No es lo mismo que un examen rutinario de la vista. Un examen oftalmológico rutinario (con o sin dilatación) se utiliza para determinar la salud de los ojos y las estructuras relacionadas, la agudeza visual y la determinación del estado refractivo del paciente, prescribiendo lentes correctoras si es necesario. Pueden realizarlo optometristas u oftalmólogos con equipos de diagnóstico especializados para comprobar la visión, detectar enfermedades y actualizar la prescripción de gafas.

## 4. Exclusiones y limitaciones generales

A continuación figura una lista de las limitaciones y exclusiones de los servicios cubiertos. Repase todo el documento, ya que puede haber varias limitaciones aplicables a un servicio concreto. Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si un médico o proveedor ha prestado o recetado un servicio adecuado por motivos médicos. Esto no impide que su profesional de la salud preste o realice el servicio. Sin embargo, el servicio no será un servicio cubierto que pagaremos.

Si una reclamación es rechazada por ser experimental o en investigación, el afiliado tiene derecho a solicitar la revisión del rechazo por parte de una organización de revisión independiente. Para obtener más información, consulte la disposición sobre derechos de apelación, queja y revisión externa en la sección “Disposiciones generales” de este contrato.

Salvo que se indique específicamente lo contrario, no se brindarán beneficios por los siguientes conceptos o debido a ellos:

1. Servicios prestados por un proveedor no participante, salvo cuando:
  - a. Esté autorizado por nosotros o
  - b. Los siguientes servicios son necesarios por motivos médicos para prestar atención de emergencia:

- i. Servicio profesional de ambulancias; o
  - ii. Servicios prestados en la sala de emergencias de un hospital, en un centro médico de emergencias independiente o en un centro de emergencias comparable;
2. Servicios incurridos antes de la fecha de entrada en vigencia o después de la fecha de rescisión del presente contrato;
3. Servicios que no son necesarios por motivos médicos para prevenir, aliviar, curar o sanar una lesión corporal o enfermedad, salvo los servicios preventivos de rutina especificados;
4. Cargos por servicios profilácticos que incluyen, entre otros, mastectomía profiláctica o cualquier otro servicio realizado para prevenir que un proceso de enfermedad se haga evidente en el tejido del órgano en una fecha posterior, a menos que sea necesario por motivos médicos;
5. Servicios experimentales o en investigación, o relacionados con ellos, ya sean anteriores, relacionados o posteriores al servicio experimental o en investigación, salvo que se estipule expresamente en el presente contrato. El hecho de que un servicio sea el único tratamiento disponible para una enfermedad puede no hacerlo elegible para cobertura si lo consideramos experimental o en investigación;
6. Complicaciones directamente relacionadas con un servicio que no es un servicio cubierto según este contrato porque determinamos que es experimental o en investigación o que no es necesario por motivos médicos, salvo que se estipule expresamente en este contrato. Directamente relacionado significa que el servicio se produjo como consecuencia directa del servicio experimental o en investigación o no necesario por motivos médicos y que no se habría producido en ausencia del servicio experimental o en investigación o es no necesario por motivos médico;
7. Servicios que superan la cantidad de los beneficios disponibles para un servicio concreto;
8. Servicios para procedimientos o servicios no cubiertos, o el tratamiento de complicaciones de procedimientos o servicios no cubiertos;
9. Servicios, salvo la atención de emergencia, relacionados con una enfermedad o lesión corporal sufrida como consecuencia de que la persona cubierta:
  - a. Se encontrase en estado de ebriedad, tal como se define en la legislación estatal aplicable en el estado en el que se produjo la pérdida; o
  - b. Estuviese bajo los efectos de narcóticos ilegales o sustancias controladas, a menos que sean administradas o prescritas por un profesional de la salud;
10. Servicios relacionados con una enfermedad o lesión corporal derivada de:
  - a. Daño corporal autoinfligido intencionadamente o intento de suicidio, tanto si se está en su sano juicio como demente, cuando no sea específicamente el resultado de una enfermedad mental;
  - b. Guerra o acto de guerra, declarada o no;
  - c. Participación en un motín;
  - d. Ejercicio de una ocupación ilegal; o
  - e. Cualquier acto de conflicto armado, o cualquier conflicto en el que intervengan fuerzas armadas o cualquier autoridad.
11. Servicios:
  - a. Por gastos no autorizados, suministrados o prescritos por un proveedor participante;

- b. Por los que no se cobra o por los que la persona cubierta no estaría obligada a pagar si no tuviera esta cobertura, a menos que se reciban cargos del gobierno de los Estados Unidos, o de cualquiera de sus agencias, y sean reembolsables a éste, tal y como exige la ley;
  - c. Proporcionados o pagaderos en virtud de cualquier plan o ley a través de un gobierno o cualquier subdivisión política, salvo Medicaid, a menos que lo prohíba la ley, que el afiliado o la persona cubierta no estén legalmente obligados a pagar;
  - d. Suministrados mientras una persona cubierta está internada en un hospital o institución que pertenezca o sea gestionada por el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias por cualquier enfermedad o lesión corporal relacionada con el servicio;
  - e. Que no se prestan o no se acreditan en la historia clínica;
  - f. Proporcionados por un familiar o persona que resida con la persona cubierta;
  - g. Realizados en asociación con un servicio no cubierto.
12. Salvo que se disponga lo contrario en el presente contrato, los servicios estéticos, o cualquier complicación derivada de los mismos;
13. Cuidados supervisados y atención de mantenimiento;
14. Servicios de ambulancia para el transporte rutinario de ida, vuelta o entre centros médicos y/o el consultorio de un profesional de la salud;
15. Aborto electivo médico o quirúrgico que no sea un aborto realizado debido a una emergencia médica. A efectos de la presente sección, se entiende por emergencia médica una afección física potencialmente mortal agravada, causada o derivada de un embarazo que, según certifique un médico, ponga a la afiliada en peligro de muerte o en grave riesgo de sufrir un deterioro sustancial de una función corporal importante, a menos que se practique un aborto;
16. Reversión de la esterilización;
17. Tratamiento de la infertilidad;
18. Disfunción sexual;
19. Exámenes o pruebas de la vista con el fin de prescribir lentes correctoras; queratotomía radial; queratoplastia refractiva; o cualquier otra cirugía o procedimiento para corregir la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo; tratamiento ortóptico (ejercicios oculares); o la compra o adaptación de gafas o lentes de contacto, a menos que se especifique en este contrato. Consulte el Cuadro de beneficios para conocer las limitaciones.
20. Servicios odontológicos, incluida la cirugía o los servicios prestados para diagnosticar, prevenir o corregir cualquier dolencia o defecto de los dientes y el tejido de soporte y cualquier suministro relacionado o aparatos bucales o suministros para el tratamiento de los dientes, las encías, las mandíbulas o los procesos alveolares. Esto incluye, entre otras cosas, la escisión de dientes impactados parcial o totalmente no erupcionados (que no sean dientes óseos impactados completos), 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 o enfermedad corporal, salvo que se estipule expresamente en este contrato. Los gastos por dichos tratamientos se consideran servicios dentales, independientemente del motivo de los mismos.
21. Pruebas prequirúrgicas/procedimientos duplicados durante una hospitalización;
22. Cualquier tratamiento para la obesidad, independientemente de los posibles beneficios para las afecciones comórbidas, incluidos, entre otros:
- a. Procedimientos quirúrgicos para la obesidad mórbida;
  - b. Servicios o procedimientos destinados a tratar una enfermedad o lesión corporal causada, complicada o agravada por la obesidad; o
  - c. Complicaciones relacionadas con cualquier servicio prestado para la reducción de peso.

23. Procedimientos quirúrgicos para la eliminación del exceso de piel y/o grasa en conjunción con la pérdida de peso o de una cirugía de pérdida de peso o derivados de estos;
24. Servicios de cuidado de los pies, en ausencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica, incluidos, entre otros:
  - a. Cuidados higiénicos y tratamiento de lesiones superficiales de los pies, como callos, durezas o hiperqueratosis;
  - b. Corte de las uñas de los pies, salvo la extracción de la raíz de la uña; y
  - c. Todos los servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies planos, arcos caídos o tensión crónica de los pies, incluidos soportes para el arco del pie, cuñas para el talón, alzas, plantillas para zapatos, adaptación o suministro de aparatos ortopédicos para los pies o zapatos ortopédicos, a menos que el zapato ortopédico sea parte integral de una pierna ortopédica cubierta.
25. Prótesis capilares, trasplantes o implantes capilares, salvo lo dispuesto expresamente en el presente contrato;
26. Servicios prestados en una clínica de síndrome premenstrual o de medicina holística;
27. Servicios de trasplante, salvo lo dispuesto expresamente en el presente contrato;
28. Trasplante o atención postrasplante si el trasplante se realizó en China u otro país conocido por haber participado en la extracción forzada de órganos.
29. Trasplante en el que el órgano a trasplantar se obtuvo mediante venta o donación en China u otro país conocido por haber participado en la extracción forzada de órganos.
30. Artículos o suministros médicos de venta libre que pueden ser recetados por un profesional de la salud, pero que también están disponibles sin una orden escrita o receta, salvo los servicios preventivos;
31. Vacunas, incluidas las requeridas para viajes al extranjero, para personas cubiertas de cualquier edad, salvo lo expresamente estipulado en el presente contrato;
32. Pruebas genéticas cuando no son necesarias por motivos médicos que incluyen cuando:
  - a. el diagnóstico puede hacerse clínicamente o mediante una prueba bioquímica u otro análisis de laboratorio;
  - b. pruebas de un familiar no cubierto por este plan;
  - c. pruebas con fines de detección o sin una sospecha razonable de trastorno genético;
  - d. las pruebas no repercuten en la gestión médica;
  - e. no se ha demostrado mediante pruebas claras y convincentes en la literatura científica que la prueba esté asociada de forma fiable con una enfermedad, un trastorno o una terapia específicos;
33. Gastos de exámenes físicos para empleo, escuela, deportes o campamentos o con el fin de obtener un seguro, licencia, pruebas/exámenes prematrimoniales o por orden judicial o requeridos para la libertad condicional o vigilada;
34. Servicios recibidos en una sala de emergencias salvo que sean atención de emergencia;
35. Cualquier gasto incurrido por servicios recibidos fuera de Estados Unidos, salvo que sean servicios de atención de emergencia;
36. Servicios recibidos durante una hospitalización cuando ésta se relaciona principalmente con el comportamiento, la inadaptación social, la falta de disciplina u otras acciones antisociales que no son consecuencia específica de una enfermedad mental;
37. Servicios y suministros que son:
  - a. Prestados en relación con enfermedades mentales no clasificadas en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales vigente;

- b. Prolongados más allá del periodo necesario para la evaluación y el diagnóstico de discapacidades de aprendizaje y de comportamiento, discapacidad intelectual o para el retraso mental; y
- c. Específicamente excluidos como terapia de pareja.

38. No se proveerán beneficios para:

- a. Inmunoterapia para el aborto recurrente
- b. Quimionucleolisis
- c. Litotricia para cálculos biliares
- d. Control de la actividad uterina en el domicilio
- e. Tratamiento lumínico para el trastorno afectivo estacional
- f. Inmunoterapia para la alergia alimentaria
- g. Proloterapia
- h. Vendaje craneal (ortesis craneal)
- i. Cirugía de la hiperhidrosis
- j. Terapia de integración sensorial y
- k. Programas de pérdida de peso.

39. Cargos por medicina alternativa, incluidos diagnóstico, tratamiento y terapia médicos. Los servicios de medicina alternativa incluyen, entre otros:

- a. Acupresión
- b. Acupuntura
- c. Aromaterapia
- d. Ayurveda
- e. Biorretroalimentación (salvo en la medida en que incluya terapia de neurofeedback que sea necesaria por motivos médicos para el tratamiento de una lesión cerebral adquirida);
- f. Sanación por la fe
- g. Imaginación guiada
- h. Hierbas medicinales
- i. Medicina holística
- j. Homeopatía
- k. Hipnosis
- l. Macrobiótica
- m. Masoterapia
- n. Naturopatía

- o. Ozonoterapia
  - p. Reflexología
  - q. Respuesta de relajación
  - r. Método de Rolf
  - s. Shiatsu
  - t. Yoga
  - u. Terapias de movimiento como Tai Chi y Qi Gong
  - v. Manos sanadoras
  - w. Terapias de música y arte expresivo
  - x. Terapias en espacios naturales y
  - y. Equinoterapias.
40. Gastos de manutención, viaje o transporte, salvo lo dispuesto expresamente en la cláusula “Servicios de ambulancia” o “Trasplantes” de la sección “Sus beneficios contractuales” del presente contrato;
41. Cargos por servicios que se utilizan principal y habitualmente para un fin no médico o para el control o mejora del entorno (prescritos o no por un profesional de la salud), incluidos, entre otros:
- a. Artículos domésticos comunes como acondicionadores de aire, purificadores de aire, purificadores de agua, aspiradoras, camas de agua, colchones o almohadas hipoalergénicos o aparatos de gimnasia;
  - b. Scooters o equipos motorizados de transporte, escaleras mecánicas, ascensores, rampas para ambulancias, modificaciones o ampliaciones de viviendas/habitaciones de trabajo o vehículos de transporte;
  - d. Artículos de confort personal, como almohadas cervicales, sillones de reducción lumbar por gravedad, piscinas, bañeras de hidromasaje o spas o saunas;
  - e. Equipos médicos, incluidos dispositivos de control de la presión sanguínea, lámparas PUVA y estetoscopios;
  - f. Cargos por cuotas de afiliación o cuotas de programas pagados por una persona cubierta, incluidos, entre otros, gimnasios, spas, programas de acondicionamiento aeróbico y de fuerza, programas de resistencia laboral y programas de pérdida de peso o similares y cualquier material o producto relacionado con estos programas;
  - g. Sistemas de comunicación, teléfonos, televisores o sistemas informáticos y equipos relacionados o artículos o equipos similares; y
  - h. Dispositivos de comunicación, salvo tras la extirpación quirúrgica de la laringe o un diagnóstico de falta de función permanente de la laringe.
42. Servicios de fecundación in vitro y promoción de la fertilidad mediante tecnologías de reproducción extracoital, incluidos, entre otros, la inseminación artificial, la inseminación intrauterina, la mejora de la capacitación uterina por superovulación, la inseminación intraperitoneal directa, la inseminación tubárica transuterina, la transferencia intrafalopiana de gametos, la transferencia en estadio pronuclear de ovocitos, la transferencia intrafalopiana de cigotos y la transferencia tubárica de embriones.
43. Los servicios de transporte médico como el transporte aéreo, el transporte terrestre no de emergencia, los traslados de centro a centro, los traslados fuera de la red y fuera del área están sujetos a autorización previa.

## 5. Exclusiones de medicamentos recetados

Salvo que se indique expresamente lo contrario, no se concederá ningún beneficio por los siguientes conceptos:

1. Medicamentos no incluidos en el Formulario de medicamentos;
2. Productos nutricionales, incluidas las fórmulas para cualquier indicación o vía de administración;
3. Suplementos de flúor, salvo cuando se prescriban a niños en edad preescolar mayores de 6 meses cuya fuente primaria de agua sea deficiente en flúor;
4. Medicamentos de venta con receta (recetados) que no consideremos sean necesarios por motivos médicos;
5. Cualquier medicamento recetado para cualquier enfermedad o lesión corporal cuyos servicios no estén cubiertos por el presente contrato;
6. Cualquier medicamento recetado para un uso distinto de:
  - a. Indicaciones aprobadas por la FDA; o
  - b. Indicaciones no contempladas en la etiqueta reconocidas a través de la literatura médica revisada por pares.
7. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que:
  - a. Tenga la etiqueta: "Precaución: limitado por la ley federal para uso en investigación"; o
  - b. Sea experimental o en investigación, aunque se cobre a la persona cubierta.
8. Sea suero para alergias y materiales para pruebas de alergia;
9. La administración o inyección de cualquier droga;
10. Dispositivos o aparatos terapéuticos, salvo lo dispuesto expresamente en el presente contrato, incluidos, entre otros:
  - a. Agujas y jeringas hipodérmicas, salvo agujas y jeringas para uso con insulina, y medicamentos inyectables autoadministrados cuya cobertura que aprobemos;
  - b. Fajas de soporte
  - c. Bombas mecánicas para la administración de medicamentos y
  - d. Otras sustancias no médicas.
11. Anorexígenos o cualquier medicamento utilizado para el control del peso;
12. Abortivos (medicamentos utilizados para inducir abortos), que no se deban a una emergencia médica, si se utilizan únicamente con el fin de inducir abortos electivos.
13. Cualquier medicamento utilizado con fines estéticos, incluidos, entre otros:
  - a. Tretinoína, por ejemplo, Retin A, salvo si la persona cubierta es menor de 35 años o si se le diagnostica acné del adulto;
  - b. Dermatológicos o estimulantes del crecimiento del cabello; o
  - c. Agentes pigmentantes o despigmentantes, por ejemplo, Solaquin.
14. Contrariamente a cualquier otra disposición del presente contrato, podemos rechazar la cobertura o, si procede, excluir del Formulario de medicamentos todos y cada uno de los medicamentos, incluidas las nuevas indicaciones de un medicamento existente, hasta la conclusión de un período de revisión que no supere los 6 meses tras la aprobación de la FDA para el uso y la comercialización del medicamento, incluidas las nuevas indicaciones de un medicamento existente;

15. Cualquier fármaco o medicamento que sea:
  - a. Obtenible legalmente sin receta (medicamentos de venta libre), salvo la insulina; o fármacos, medicinas o medicamentos necesarios en el marco de la reforma sanitaria con receta de un profesional de la salud; y
  - b. Disponible sin receta médica.
16. Testosterona compuesta para el tratamiento de la terapia hormonal sustitutiva;
17. Infertilidad y tratamiento de la fertilidad, incluidos los medicamentos;
18. Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual, por ejemplo, Viagra;
19. Cualquier fármaco, medicina o medicamento que se consuma, aplique o inyecte en el lugar donde la receta es dada o dispensada por el profesional de la salud;
20. Implantes de administración de fármacos;
21. Recetas que deben ser tomadas, aplicadas o administradas a la persona cubierta, en su totalidad o en parte, mientras es paciente de un centro en el que habitualmente se suministran medicamentos en régimen de hospitalización. Se incluyen los medicamentos que se administran a la persona cubierta cuando ésta abandona el centro. Los centros de hospitalización incluyen, entre otros:
  - a. Hospital
  - b. Centro de enfermería especializada o
  - c. Centro de cuidados paliativos.
22. Medicamentos inyectables, incluidos, entre otros:
  - a. Agentes inmunizantes
  - b. Sueros biológicos
  - c. Sangre
  - d. Plasma sanguíneo o inyección de plasma rico en plaquetas
  - e. Inyección de células madre derivadas de tejido adiposo o
  - f. Medicamentos inyectables autoadministrados o medicamentos especiales cuya cobertura no aprobamos.
23. Reposición de recetas:
  - a. Supere el número especificado por el profesional de la salud o b. Dispensadas más de un año después desde la fecha de la orden original.
24. Cualquier porción de una receta o reposición que supere un suministro para 90 días cuando se reciba de una farmacia de venta por correo o de una farmacia minorista que participe en nuestro programa que permite a una persona cubierta recibir un suministro para 90 días de una receta o reposición;
25. Cualquier porción de una receta o reposición que supere un suministro para 30 días cuando se reciba de una farmacia minorista que no participe en nuestro programa que permite a una persona cubierta recibir un suministro para 30 días de una receta o reposición;
26. Cualquier porción de un medicamento especializado o medicamento inyectable autoadministrado que supere un suministro para 30 días;
27. Cualquier parte de un medicamento para la que se requiera autorización previa o terapia escalonada y no se haya obtenido;
28. Cualquier medicamento por el que habitualmente no se cobra;

29. Cualquier parte de una receta o reposición que:
- a. Supera el límite de dispensación específico de nuestro medicamento (es decir, IMITREX);
  - b. Se dispensa a una persona cubierta cuya edad está fuera de los límites de edad específicos del medicamento según nuestra definición;
  - c. Se repone antes de tiempo, según nuestra definición; o
  - d. Supera el límite de dispensación específico de la duración.
30. Cualquier fármaco, medicina o medicamento recibido por la persona cubierta:
- a. Antes de quedar cubierto por este beneficio o
  - b. Después de la fecha de finalización de la cobertura de la persona cubierta en virtud del presente contrato.
31. Cualquier costo relacionado con el envío, la expedición o la entrega de los medicamentos recetados;
32. Cualquier uso indebido intencionado de este beneficio, incluidas las recetas adquiridas para su consumo por otra persona que no sea la persona cubierta;
33. Cualquier receta o reposición de fármacos, medicinas o medicamentos que se pierdan, roben, derramen, estropeen o dañen;
34. Cualquier cantidad que la persona cubierta haya pagado por una receta que haya sido dispensada, independientemente de si la receta es revocada o modificada debido a una reacción adversa o a un cambio en la dosis o en la receta;
35. Medicamentos reenvasados por cualquier persona que no sea el fabricante original;
36. Medicamentos, dispositivos u otros servicios o suministros de farmacia cubiertos, proporcionados o disponibles en virtud de la ley de indemnización por accidentes de trabajo.
37. Fármacos para mejorar el rendimiento deportivo.

Si se deniega una solicitud de reembolso por ser experimental o en investigación, el afiliado tiene derecho a solicitar la revisión de la denegación por parte de una organización de revisión independiente. Para más información, consulte la disposición relativa a los derechos de apelación, queja y revisión externa en la sección "Disposiciones generales" del presente contrato.

## 6. Pago de la prima

### a. Su obligación de pagar la prima

El afiliado debe abonar la prima requerida a Community conforme venza. Los titulares del contrato disponen de 30 días a partir del inicio de la Constancia de cobertura para presentar el pago (hacer efectiva la cobertura). Si no se recibe el pago inicial, se cancelará la cobertura. Las primas mensuales posteriores al pago inicial estarán sujetas a las normas del periodo de gracia.

### b. Reducción por costos compartidos

Es posible que tenga derecho a una reducción por costos compartidos (CSR, en inglés) para ayudarle a reducir los gastos de su bolsillo. Se trata de un pago que nos hace el gobierno federal para que la cobertura tenga un precio más bajo. Para ello, debe cumplir ciertos requisitos económicos y elegir un plan "Plata". Las CSR son independientes de los créditos tributarios anticipados para el pago de la prima.

Si tiene alguna pregunta sobre la CSR, comuníquese con el Mercado llamando al 1-855-889-4325.

### c. Crédito tributario anticipado para pago de la prima



de gracia y Community recuperará las reclamaciones pagadas en los meses dos y tres del periodo de gracia. Todas las reclamaciones (servicios médicos) tramitadas durante los meses dos y tres pasarán a ser su responsabilidad. Community puede denegar las solicitudes de reembolso de farmacia durante los meses dos y tres del periodo de gracia.

#### **f. Cambios en la prima**

Su prima puede cambiar cuando:

1. Se añaden o eliminan miembros de la familia;
2. Cualquier cambio de clasificación de la persona cubierta;
3. La persona cubierta se traslada a otro código postal o condado.
4. Una declaración errónea en la solicitud tiene como consecuencia que no se cobre el importe debido.

Su pago continuado de la prima constituirá su aceptación del cambio.

Nos reservamos el derecho a modificar los pagos de las primas en cada fecha de aniversario de este contrato y previo aviso por escrito con 60 días de antelación.

#### **g. Devolución de la prima**

En ningún caso, salvo por los siguientes motivos, se devolverá la prima:

1. El titular del contrato devuelve el contrato tal y como se describe en la disposición relativa al derecho de devolución del contrato;
2. Rescisión de la cobertura, tal y como se describe en la cláusula de incontestabilidad de la sección “Disposiciones generales”; o
3. El titular del contrato solicita por escrito la finalización de la cobertura y se ha pagado la prima correspondiente a cualquier período de tiempo posterior a la fecha solicitada por el afiliado o a la fecha en que recibimos su notificación de cancelación, la que sea posterior.

En caso de que el afiliado cancele este contrato, la prima se computará prorrateada. La cancelación de este contrato no afectará a las reclamaciones ocurridas con anterioridad a la cancelación.

## **7. Cambios en el contrato**

#### **a. Sus derechos a modificar el contrato**

El afiliado tiene varios derechos para realizar cambios en su contrato.

1. Cambio de residencia/número de teléfono

El afiliado debe notificarnos cualquier cambio en su dirección residencial o postal.

Debemos ser notificados de cualquier cambio en su dirección residencial o postal.

Al menos 14 días antes de mudarse, llámenos o escribanos para comunicarnos su nueva dirección y número de teléfono. Cuando recibamos esta información, le informaremos de cualquier cambio en su plan sobre temas como nuevas redes, beneficios y prima. Si el titular del contrato se muda fuera del área de servicio de este contrato, el contrato quedará rescindido. Consulte la sección “Renovabilidad y finalización” para conocer las circunstancias que causarán la finalización de este contrato y/o de la cobertura de una persona cubierta. Dicho cambio entrará en vigencia en la fecha que lo asignemos.

Tenemos derecho a cambiar su dirección de residencia en nuestros registros cuando recibamos un cambio de dirección de un tercero y tras la confirmación por su parte de que su dirección ha cambiado.

Además, si adquirió su cobertura en el Mercado, póngase en contacto con el Mercado llamando al 1-800-318-2596 para notificarles cualquier cambio en su dirección de residencia.

## 2. Cambios en las personas cubiertas

Puede solicitar una modificación de las personas cubiertas por su contrato debido a determinados cambios en su familia.

### i. Eliminación de dependientes

Si desea dar de baja a una persona cubierta de su contrato, simplemente llámenos o escribanos a la dirección que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

Si adquirió su cobertura en el Mercado, póngase en contacto con el Mercado para solicitar un cambio en las personas cubiertas por su contrato.

### ii. Añadir dependientes

Si nace un niño de un titular del contrato, o de cualquier persona cubierta, un titular del contrato adopta a un niño, o un niño es entregado al titular del contrato con fines de adopción, o el titular del contrato es parte en un pleito en el que se solicita la adopción de un niño, debemos ser notificados del acontecimiento verbalmente o por escrito y recibir cualquier prima requerida hasta 60 días antes del acontecimiento inclusive. Si no recibimos la notificación y la prima correspondiente a los primeros 60 días y en adelante, el niño no será una persona cubierta en virtud del presente contrato.

Si un hijo/a dependiente es objeto de una orden de manutención médica, la cobertura será automática durante los primeros 60 días tras la recepción de la fecha de la orden de manutención médica o de la notificación de la orden de manutención médica y de cualquier prima requerida.

Un/a dependiente que no esté incluida en el párrafo anterior deberá solicitar ser añadido como persona cubierta y ser aceptado durante el periodo anual de afiliación abierta.

Un hijo/a dependiente puede solicitar la cobertura si es menor de 26 años. Si es aceptada, la persona cubierta estará cubierta en la fecha que especifiquemos.

Si adquirió su cobertura en el Mercado, póngase en contacto con el Mercado para solicitar un cambio en las personas cubiertas por su contrato.

### iii. Fecha de entrada en vigencia de los cambios de dependientes

- (a) La cobertura para un recién nacido o un niño adoptado será efectiva durante los primeros 31 días siguientes a la fecha del nacimiento, colocación, adopción o a la fecha en que el tribunal conceda la petición de adopción. Para continuar la cobertura del hijo recién nacido o adoptado después del período inicial, deberá notificarnoslo y abonar la prima en los 31 días siguientes a la fecha de nacimiento o adopción del hijo;
- (b) La cobertura de un hijo dependiente que sea objeto de una orden de manutención médica será efectiva durante los 31 días siguientes a la recepción de la orden de manutención médica o de la notificación de la orden de manutención médica;
- (c) Si recibimos la solicitud o notificación, según proceda, y cualquier prima requerida más de 31 días después de la fecha de nacimiento del recién nacido o de la adopción del niño, de su colocación en adopción o de la fecha en que el tribunal conceda la petición de adopción, dicho niño no será elegible; y
- (d) En el caso de cambios para otros dependiente, el/la dependiente no tendrá derecho a la cobertura hasta la recepción de la prima y nuestra aceptación, o hasta el siguiente período de afiliación anual abierto, evento habilitante o afiliación extraordinaria.

## b. Nuestros derechos a modificar el contrato

Tenemos derecho a realizar determinados cambios en su contrato. Podemos realizar cambios en este contrato en cualquier momento sin consentimiento previo cuando los cambios sean exigidos por la legislación estatal o federal.

### **c. Continuidad de cobertura para dependientes supérstites**

Si este contrato ha estado en vigencia durante al menos 90 días y el titular del contrato fallece mientras la cobertura de los dependientes está vigente, los dependientes supérstites que estén cubiertos por este contrato en la fecha del fallecimiento serán elegibles para continuar la cobertura de este contrato.

El/la cónyuge supérstite o el tutor legal del/de los hijos dependientes cubiertos deberá notificarnoslo por escrito en un plazo de 31 días a partir del fallecimiento del titular del contrato. La prima debe seguir pagándose para que continúe la cobertura. La prima puede variar y se basará en la clasificación de edad de las personas que continúen con la cobertura.

Los dependientes supérstites a cambio deberán abrir una causa especial en el Mercado de Seguros Médicos para la continuidad de la cobertura.

El/la cónyuge dependiente supérstite se convertirá en el titular del contrato si está cubierto por este contrato en la fecha del fallecimiento. En el caso de cobertura exclusiva para hijos, el padre, la madre o el tutor legal del dependiente supérstite se convertirá en el titular del contrato continuado.

Se seguirán aplicando todas las condiciones, las limitaciones, las exclusiones y los máximos de este contrato.

### **d. Continuidad de la cobertura por cambio de estado civil**

Si una persona cubierta ya no es elegible debido a un cambio de estado civil, le ofreceremos una cobertura que se aproxime lo más posible a la cobertura vigente antes del cambio de estado civil, incluida la fecha de vencimiento. Los afiliados del Mercado de Seguros deben ponerse en contacto con el mismo llamando al 1-800-318-2596.

## **8. Renovabilidad y finalización**

### **a. Motivos para rescindir su contrato**

El presente contrato es renovable a elección del titular del contrato, salvo en las condiciones que se indican a continuación. Rescindiremos el contrato al final del mes en que se produzcan los siguientes acontecimientos, salvo que se indique lo contrario:

1. La prima requerida se nos debía, incluido cualquier periodo de gracia, y no la hemos recibido, incluido cualquier saldo de prima pendiente. La rescisión será efectiva el último día por el que se haya abonado la prima;
2. Fraude o tergiversación intencionada de un hecho material, en cuyo caso, la rescisión será efectiva al menos 15 días después de la notificación por escrito;
3. Fraude en el uso de servicios o instalaciones, en cuyo caso, la rescisión será efectiva al menos 15 días después de la notificación por escrito;
4. El titular del contrato deja de residir, vivir o trabajar dentro del área de servicio que determinamos, pero sólo si la cobertura se rescinde de manera uniforme sin tener en cuenta ningún factor relacionado con el estado de salud del afiliado. Encontrará un mapa del Área de servicio en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org), en el Directorio de Proveedores, o puede llamar al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado. La rescisión será efectiva al menos 30 días después de la notificación por escrito. Esta disposición no se aplica a los dependientes, incluidos aquellos dependientes que puedan estar bajo una orden de manutención médica.

El número de teléfono de nuestra Atención al Afiliado figura en su tarjeta de identificación de afiliado. La rescisión será efectiva al menos 30 días después de la notificación por escrito. Esta disposición no se aplica a los dependientes, incluidos aquellos dependientes que puedan estar bajo una orden de manutención médica.

5. El titular del contrato solicita la rescisión del contrato por escrito. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado, debe solicitar la rescisión a través del Mercado;

6. Dejamos de ofrecer un determinado tipo de cobertura individual o dejamos de operar en el mercado de asistencia médica básica individual, según lo permitido por la legislación federal o estatal; y
7. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado y el afiliado deja de ser elegible para la cobertura a través del Mercado o este contrato deja de ser un plan de salud calificado y es descertificado por el Mercado.

Si decidimos dejar de ofrecer determinado tipo de cobertura individual, el titular del contrato:

1. Será notificado de dicha interrupción al menos 90 días antes de la fecha de interrupción de dicha cobertura;  
y
2. Recibirá la opción de contratar cualquier otro plan de salud comunitario individual que ofrezcamos en ese momento.

Si decidimos dejar de operar en el mercado de planes de salud individuales, los titulares de contrato cubiertos por dichas pólizas y el Comisionado de Seguros serán notificados de dicha interrupción al menos 180 días antes de la fecha de interrupción de dicha cobertura.

Si la cobertura se adquirió a través del Mercado, debe solicitar la rescisión del contrato a través del Mercado. El Mercado nos lo notificará y la rescisión se tramitará en consecuencia.

Si se rescinde un contrato y se produce una interrupción de la cobertura, pueden reanudarse los deducibles y los importes máximos a cargo del asegurado.

## **b. Motivos para dar de baja a una persona cubierta**

Finalizaremos la cobertura de una persona cubierta al final del mes en el que se produzcan los siguientes eventos, a menos que se indique lo contrario:

1. Cuando la persona cubierta deja de reunir los requisitos para ser considerada dependiente, según se define en la sección “Definiciones” del presente contrato, o deja de cumplir con los criterios de elegibilidad;
2. La fecha en la que el titular del contrato deja de residir, vivir o trabajar dentro del área de servicio. Encontrará un mapa del Área de Servicio en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org), en el Directorio de Proveedores, o puede llamar al número de teléfono de Atención al Afiliado que figura en su tarjeta de identificación de afiliado. Esta disposición no se aplica a dependientes que incluyen los aquellos dependientes que estén sujetos a una orden de manutención médica;
3. La persona cubierta comete fraude o realiza una tergiversación intencionada de un hecho material, en cuyo caso, le notificaremos con 15 días de antelación nuestra intención de rescindir este contrato con respecto a la persona cubierta;
4. La fecha de finalización del presente contrato; y
5. Si la cobertura se adquirió a través del Mercado, la persona cubierta deja de ser elegible para la cobertura a través del Mercado. El Mercado iniciará la baja y nos notificará el evento.

Si aceptamos una prima para cualquier persona cubierta que se extienda más allá de la fecha, edad o evento especificado en esta sección como motivo de rescisión, la cobertura para dicha persona cubierta continuará durante el período para el cual se aceptó una prima identificable.

## **c. Su obligación de notificarnos**

El afiliado es responsable de notificarnos cualquiera de los eventos indicados anteriormente que pudieran dar lugar a la rescisión de este contrato o de una persona cubierta.

#### **d. Reincorporación**

Si el presente contrato se rescinde por falta de pago de la prima, salvo la prima inicial, el afiliado puede solicitar la reincorporación. Restituiremos el contrato siempre que se cumplan todos los requisitos siguientes:

1. La solicitud debe presentarse en un plazo de 30 días a partir de la notificación de cancelación o rescisión.
2. El contrato debe haberse tramitado completamente como cancelado o rescindido.
3. Cumplir los requisitos de los CMS del Mercado de Seguros Médicos; y
4. Todas las primas impagas deben abonarse en su totalidad.

La reincorporación no es válida en caso de impago de la prima inicial y de baja voluntaria del contrato. El afiliado debe volver a solicitar otro contrato y cumplir los requisitos de acuerdo con las normas del Mercado de Seguros Médicos.

#### **e. Fraude**

Comete fraude contra nosotros o tergiversa intencionadamente un hecho material al no comunicarnos intencionadamente los hechos correctos u ocultarnos la información necesaria para que podamos administrar este contrato.

El fraude puede ser un delito que puede ser enjuiciado. Cualquier persona o personas que participen voluntariamente y a sabiendas en una actividad destinada a defraudarnos presentando una solicitud o forma que incluya una declaración falsa o engañosa pueden estar cometiendo fraude al seguro.

Si el afiliado o la persona cubierta cometen fraude contra nosotros, según lo determine un tribunal de justicia, se rescindirán la cobertura. Le notificaremos por escrito nuestra intención de rescindir la cobertura con 30 días de antelación. La rescisión puede ser retroactiva a la fecha en que se cometió el fraude o a la fecha que determinemos.

#### **f. Motivos por los que el afiliado puede rescindir su contrato**

El afiliado puede rescindir el contrato tras notificárnoslo por escrito con un mínimo de 30 días de antelación en caso de que se produzca un cambio sustancial en cualquiera de las disposiciones del contrato que el afiliado o una persona cubierta deban conocer en virtud de la legislación estatal o federal. La rescisión entrará en vigencia el último día del mes siguiente a la recepción de la solicitud por escrito.

El afiliado puede solicitarnos por escrito la rescisión voluntaria del contrato y se le concederán fechas de rescisión de la cobertura en el mismo día o en un futuro, en función de la fecha de la solicitud.

Si la cobertura se adquirió a través del Mercado, el afiliado debe solicitar la rescisión del contrato a través del Mercado.

## **9. Disposiciones generales**

#### **a. Derechos de apelación, queja y revisión externa**

El afiliado tiene derecho a apelar cualquier decisión que tomemos que deniegue el pago de su reclamación, su solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento médico o cualquier decisión que tomemos sobre la rescisión de su cobertura. Sus derechos incluyen el derecho a apelar una decisión adversa ante nosotros y a una revisión externa por parte de 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 o apelar una determinación adversa.

##### **Determinaciones adversas**

Si determinamos que los servicios de atención médica prestados o propuestos para ser prestados no son necesarios por motivos médicos o adecuados, notificaremos al afiliado, o a una persona que actúe en su nombre, y al proveedor que figure en el registro, nuestra determinación, su derecho a apelar la determinación adversa y el proceso para solicitar una apelación.

Le notificaremos al afiliado, a la persona que actúe en su nombre y al proveedor que figure en el registro la determinación adversa en el plazo adecuado a las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y su estado, pero en ningún caso excederá de una hora desde la notificación cuando se deniegue la atención de posestabilización tras el tratamiento de emergencia solicitado por un profesional de la salud tratante. Si el afiliado está hospitalizado, la notificación se realizará en el plazo de un día laborable por teléfono o por transmisión electrónica, seguida de una notificación por escrito en el plazo de tres días laborables. Se puede realizar una revisión acelerada de las solicitudes de asistencia urgente, por ejemplo, si sufre un problema de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, o si, en opinión de un profesional de la salud que conozca su estado de salud, le causaría un dolor intenso que no se podría tratar adecuadamente sin la asistencia o el tratamiento. Si el afiliado no está hospitalizado y no se trata de una situación de urgencia, se notificará por escrito en el plazo de 3 días laborables o en el plazo adecuado a las circunstancias relativas a la prestación de los servicios y a su estado.

La notificación de determinación adversa para la revisión concurrente de las provisiones de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para las que el afiliado está recibiendo actualmente beneficios, se proporcionará a más tardar el trigésimo día antes de la fecha en que se interrumpirá el suministro de medicamentos recetados o la infusión intravenosa. Si la solicitud de prestaciones adicionales se realiza al menos 24 horas antes de la finalización del tratamiento inicialmente prescrito y previamente aprobado, la notificación se realizará en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud, si se trata de prestaciones de atención urgente. Si se realiza una revisión retrospectiva, la notificación se efectuará en un plazo de 30 días a partir de la solicitud. Se pueden conceder ciertas prórrogas para la revisión retrospectiva, según lo permita la legislación estatal.

### **Apelación de determinaciones adversas**

Si su caso está relacionado con una enfermedad potencialmente mortal, circunstancias que impliquen el suministro de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para los que está recibiendo actualmente beneficios, una denegación de una solicitud de excepción al Formulario de medicamentos o si no cumplimos los plazos internos, tiene derecho a una revisión externa inmediata por parte de una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés). El afiliado no está obligado a cumplir con los procedimientos para una revisión interna.

### **Apelación acelerada**

El afiliado, o una persona que actúe en su nombre, o su proveedor de registro pueden solicitar una apelación acelerada (rápida) en caso de denegación de atención de emergencia, denegación de atención para afecciones potencialmente mortales, denegación de hospitalización continuada y denegación de medicamentos recetados e infusiones intravenosas por los que esté recibiendo beneficios.

La revisión acelerada será realizada por un profesional de la salud que no haya revisado previamente el caso y que sea de la misma especialidad o similar a la del profesional de la salud que habitualmente gestiona la enfermedad, el procedimiento o el tratamiento que se está revisando. Las solicitudes de apelación acelerada se decidirán en función de la urgencia médica de su afección, procedimiento o tratamiento, pero en ningún caso más tarde de un día laborable a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación.

### **Apelación acelerada para reclamaciones de atención urgente**

También se puede presentar una apelación acelerada para reclamaciones de atención urgente, por ejemplo, cuando usted padece un problema de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones o, en opinión de un profesional de la salud con conocimiento de su estado de salud, lo sometería a un dolor intenso que no puede controlarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento. Las solicitudes de apelación acelerada para reclamaciones de atención urgente se decidirán lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tarde de 72 horas tras la recepción de la apelación.

Para apelaciones aceleradas para denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención para situaciones que amenazan la vida, denegaciones de estancias continuas para hospitalización y denegaciones de medicamentos recetados e infusiones intravenosas para las cuales el afiliado está recibiendo beneficios y reclamaciones de atención de urgencia, Community tomará su determinación en cuanto sea posible y si se aplican dos plazos debido a la naturaleza de la apelación, aplicará el más corto de los dos.

## Apelaciones estándares

Cuando recibamos una apelación, en un plazo máximo de cinco días laborables a partir de la recepción de la apelación, enviaremos a la parte apelante una carta acusando recibo de la fecha de recepción de la apelación. Esta carta incluirá los procedimientos de apelación, una solicitud de la documentación requerida y los plazos necesarios para la resolución. Si la apelación de una determinación adversa se recibe verbalmente, en la carta de acuse de recibo se incluirá una forma de apelación de una página.

Tras la revisión de la apelación de una determinación adversa, enviaremos una carta de respuesta al afiliado o a la persona que actúe en su nombre y a su profesional de la salud explicando la resolución de la apelación tan pronto como sea posible, pero en ningún caso más tarde de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que recibamos la apelación.

## Revisión externa por una organización de revisión independiente (IRO)

El afiliado, o una persona que actúe en su nombre, o su proveedor tienen derecho a solicitar una revisión inmediata por parte de una IRO de la decisión de nuestra apelación presentándonos una solicitud en un plazo de cuatro meses tras la recepción de la notificación de la resolución de su apelación. La revisión independiente no tiene costo alguno para el afiliado.

No tendrá que agotar nuestro proceso interno de apelación antes de solicitar una revisión independiente si:

- (a) no se cumplen los plazos del proceso de apelación o
- (b) la causa incluye enfermedades potencialmente mortales o
- (c) el caso se refiere a determinaciones adversas que implican la denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas para los que el afiliado está recibiendo actualmente beneficios o una solicitud de excepción al formulario.

Por fax: 713-295-7033

Por teléfono: 713.295.6704 y 1.855.315.5386

Community utiliza Maximus para realizar la revisión externa. Tras la recepción de su solicitud de una revisión externa, Community remitirá la solicitud a una de estas IRO. Las remisiones se hacen sobre una base rotatoria para garantizar un proceso imparcial e independiente.

La IRO le dará al afiliado y a Community una notificación por escrito de la decisión final de la revisión externa tan pronto como sea posible, pero no más tarde de los 45 días después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa estándar. Para una revisión externa acelerada, la IRO le dará al afiliado y a Community la decisión de la revisión externa tan pronto como las circunstancias médicas lo requieran, pero a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud.

Si no aprobamos una solicitud de excepción al Formulario de medicamentos según lo descrito en el apartado "Medicamentos recetados" de la Sección 3 "Gestión de sus beneficios contractuales", puede solicitar una revisión externa. La IRO enviará una respuesta al afiliado o a su representante legal en un plazo máximo de 72 horas desde la recepción de su solicitud. En el caso de una apelación acelerada para medicamentos recetados, la IRO emitirá una respuesta para el afiliado o su representante legal en un plazo máximo de 24 horas desde la recepción.

## Apelación por denegación de beneficios

Si determinamos que un servicio médico prestado o que se propone prestar no está cubierto por motivos distintos a una determinación adversa (por ejemplo, no está cubierto o está expresamente excluido), el afiliado tiene derecho a apelar esa determinación mediante la solicitud de una apelación por medios orales o por escrito. En tal caso, seguiremos el procedimiento que se indica a continuación para las quejas.

## Solicitud de información adicional

El afiliado puede solicitar más explicaciones cuando reciba una denegación de beneficios. Póngase en contacto con nosotros si:

- No entiende el motivo de la denegación;

- No entiende por qué el servicio o tratamiento médico no estaba cubierto en su totalidad;
- No entiende por qué se ha denegado una solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento médico;
- No puede encontrar la disposición aplicable en su Constancia de cobertura;
- Quiere una copia (gratuita) de la directriz, los criterios o la justificación clínica que hemos utilizado para tomar nuestra decisión; o
- No está de acuerdo con la denegación o con el importe no cubierto, y quiere apelar.

Si su solicitud ha sido denegada porque falta información o está incompleta, el afiliado o su proveedor de atención médica pueden volver a enviárnosla con la información necesaria para completarla.

El proceso de apelación no prohíbe que la persona cubierta recurra a otros recursos apropiados, incluso medidas cautelares, una sentencia declaratoria o recursos disponibles según la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pone en grave peligro la salud de la persona cubierta.

Si tiene preguntas sobre los derechos de apelación y revisión externa, la persona cubierta puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al número que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

### **Proceso de quejas**

Si nos notifica una queja verbalmente o por escrito, le enviaremos, a más tardar el quinto día hábil siguiente a la fecha de recepción de la queja, una carta acusando recibo de la misma. Esta carta también incluirá nuestros procedimientos de queja y los plazos para su resolución. Si la queja se ha recibido verbalmente, adjuntaremos una forma de queja de una página en la que se indicará claramente que debe devolvérsela para que podamos resolver la queja cuanto antes.

Una vez recibida la queja por escrito o la forma de queja de una página, investigaremos y enviaremos una carta con nuestra resolución a la persona cubierta. Notificaremos nuestra decisión en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de recepción de la queja.

Si una queja se refiere a una emergencia o a la denegación de una hospitalización continuada, investigaremos y resolveremos la queja en el plazo de un día laborable desde la recepción de la misma.

### **Apelación de una queja ante el panel**

Si la queja no se resuelve a satisfacción de la persona cubierta, ésta tiene derecho a comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas en el lugar donde la persona cubierta recibe normalmente los servicios de atención médica, a menos que la persona cubierta acuerde otro lugar, o a dirigir una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Deberemos completar el proceso de apelación de quejas a más tardar el trigésimo día calendario después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.

- a. Enviaremos una carta de acuse de recibo a la persona cubierta a más tardar el quinto día laborable después de la fecha de recepción de la solicitud de apelación.
- b. Nombraremos a miembros del panel de apelación de quejas, que nos asesorarán en la resolución del conflicto. El panel de apelación de quejas estará compuesto por un número igual de miembros de nuestro personal, profesionales de la salud y otras personas cubiertas por un plan de salud de Community. Los miembros del panel de apelación de quejas no podrán haber participado previamente en la decisión impugnada.
- c. Proporcionaremos la siguiente información a la persona cubierta o a su representante designado, a menos que la persona cubierta acuerde lo contrario, a más tardar el quinto día laborable anterior a la reunión programada del panel:
  1. Toda la documentación que nuestro personal deba presentar al panel;
  2. La especialidad de cualquier profesional de la salud consultado durante la investigación; y
  3. Nombre y afiliación de cada uno de nuestros representantes en el panel.

d. La persona cubierta o el representante designado por la persona cubierta si ésta es menor de edad o discapacitada, tienen derecho a:

1. Comparecer personalmente ante el panel de apelación de quejas;
2. Presentar un testimonio pericial alternativo; y
3. Solicitar la presencia e interrogar a cualquier persona responsable de tomar la determinación previa que dio lugar a la apelación.

Dónde enviar las apelaciones, quejas y solicitudes para una IRO

Todos las apelaciones deben enviarse a:

Fax: 713-295-7033

Por teléfono: 713.295.6704 y 1.855.315.5386

Todas las quejas deben enviarse a:

Fax: 713-295-7036

Por teléfono: 713-295-6704 y 1-800-315-5386

Correo postal: 4888 Loop Central Drive, Suite 600

Houston, Texas 77081

Attn: Service Improvement

Para solicitar una IRO, consulte la disposición "Revisión por una organización de revisión independiente (IRO)".

Cómo presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona cubierta, incluidas las personas que hayan intentado resolver quejas a través de nuestro proceso de quejas y apelaciones y que no estén satisfechas con la resolución, pueden comunicar la información a:

Texas Department of Insurance

1-800-252-3439

P.O. Box 12030

Austin, TX 78711-2030

Fax: (512) 490-1007

Portal: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov)

Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

El Comisionado investigará una queja contra nosotros para determinar el cumplimiento dentro de los 60 días posteriores a la recepción por parte del TDI de la queja y de toda la información necesaria para que el departamento determine el cumplimiento. El Comisionado podrá extender el tiempo necesario para completar una investigación en caso de que ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

1. Se necesite información adicional;
2. Sea necesaria una revisión in situ;
3. Nosotros, el profesional de la salud o la persona cubierta no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
4. Se produzcan otras circunstancias ajenas a la voluntad del departamento.

## **b. Agotamiento de los recursos**

El afiliado debe completar los niveles del proceso relativo a sus derechos de apelación, queja y revisión externa aplicables al afiliado y cualquier proceso de revisión regulatorio o legal disponible para el afiliado bajo la ley estatal o federal antes de interponer una acción legal. La realización de estos procesos administrativos y/o normativos garantiza que tanto el afiliado como Community tengan una oportunidad plena y justa de resolver cualquier disputa relativa a los términos y las condiciones incluidos en el presente contrato.

### **c. Asignación de beneficios**

La asignación de beneficios sólo puede efectuarse con nuestro consentimiento. Una asignación no es vinculante hasta que recibamos y reconozcamos por escrito el original o la copia de la asignación antes del pago del beneficio. No garantizamos la validez jurídica ni los efectos de dicha asignación.

### **d. Conformidad con la legislación estatal**

Si el contrato contiene alguna disposición que no se ajusta al artículo 1271 del Código de Seguros de Texas o a otras leyes aplicables, no se invalidará, sino que se interpretará y aplicará como si se ajustara plenamente al capítulo 1271 del Código de Seguros y a otras leyes aplicables.

### **e. Costo de la representación legal**

Los costos de nuestra representación legal en asuntos relacionados con nuestros derechos en virtud del presente contrato correrán exclusivamente por nuestra cuenta. Los costos de representación legal incurridos por una persona cubierta o en nombre de una persona cubierta correrán a cargo exclusivamente del cliente o de la persona cubierta, a menos que se nos haya notificado oportunamente la reclamación y se nos haya dado la oportunidad de proteger nuestros propios intereses y no lo hayamos hecho o nos hayamos negado a hacerlo.

### **f. Disposiciones duplicadas**

Si algún gasto se describe como cubierto en dos o más disposiciones de beneficios, pagaremos sólo en virtud de la disposición que permite el mayor beneficio. Esto puede obligarnos a realizar un nuevo cálculo basado tanto en los importes ya pagados como en los importes pendientes de pago. No tenemos obligación de pagar beneficios distintos a los que establece este contrato.

### **g. Contrato completo**

La aplicación, los respaldos, las modificaciones, las cláusulas adicionales y el contrato constituyen el acuerdo íntegro entre las partes.

Ninguna modificación o enmienda a este contrato será válida a menos que sea aprobada por un comité y revisión legal. La aprobación debe estar firmada o ser adjuntada a este contrato. Ningún representante tiene autoridad para modificar el presente contrato, renunciar a ninguna de las disposiciones del mismo, ampliar el plazo de pago de las primas ni obligarnos mediante promesa o declaración alguna.

### **h. Incontestabilidad**

Todas las declaraciones realizadas por el afiliado en su solicitud se consideran afirmaciones, no garantías. Una declaración no puede utilizarse para impugnar o anular, cancelar o no renovar este contrato, a menos que figure en la solicitud de afiliación escrita firmada por el afiliado y se le haya proporcionado una copia firmada de la solicitud de afiliación al afiliado o a su representante personal. Sólo se podrá impugnar un contrato por fraude o tergiversación intencionada de hechos materiales en una solicitud de afiliación.

### **i. Rescisión**

La rescisión es la cancelación o interrupción retroactiva de la cobertura debido a un acto, una práctica o una omisión que constituya un fraude o una tergiversación intencionada de un hecho material por parte del afiliado o por parte de una persona que solicite cobertura en su nombre. La rescisión está sujeta a notificación con 30 días de antelación y es retroactiva a la fecha de entrada en vigencia. En caso una cancelación de ese tipo, podemos deducir del reembolso de la prima cualquier cantidad abonada en concepto de pago de reclamaciones durante este periodo y el afiliado puede ser responsable de cualquier cantidad de pago de reclamaciones superior al importe total de las primas abonadas durante el periodo al que afecta la cancelación.

## **j. Acciones legales**

La persona cubierta debe haber agotado sus derechos en virtud de las disposiciones sobre derechos de apelación, quejas y revisión externa antes de interponer una acción legal contra nosotros. No se podrá interponer ninguna demanda judicial con respecto a los beneficios del presente contrato una vez transcurridos tres años desde la última de las siguientes fechas:

1. La fecha en la que denegamos por primera vez el servicio o la reclamación, pagamos menos de lo que el afiliado considera apropiado o no pagamos a tiempo la reclamación.
2. Ciento ochenta días después de la resolución definitiva de una apelación presentada oportunamente.

## **k. Ajuste de la prima**

Si se determina que la información sobre la edad o la condición de fumador de una persona cubierta fue omitida o declarada erróneamente, realizaremos un ajuste equitativo de la prima. Esta disposición se aplica por igual a la persona cubierta y a nosotros.

## **l. Notificación de reclamación**

Por lo general, los servicios que reciba serán facturados por el médico o proveedor.

Si recibe un servicio que no nos facturará el médico o el proveedor, puede presentar una solicitud de reembolso a la dirección que figura en su tarjeta de afiliado.

Incluya la siguiente información:

- Su nombre, los servicios recibidos y el número de afiliado;
- Una forma de solicitud de reembolso de gastos médicos de Community completa, que puede encontrarse en nuestro sitio web;
- Autorización para la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores que le prestaron servicios;
- Una factura detallada que incluya los procedimientos y el diagnóstico;
- Si es posible, una carta de necesidad médica y notas de procedimiento del proveedor tratante;
- Justificante del pago de la atención médica; y
- Información sobre otras coberturas de seguro.

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

- Comprobantes de viaje fuera de Estados Unidos, como billetes de avión o sellos de pasaporte.
- Una explicación de la atención fuera de Estados Unidos.

Debemos recibir su solicitud de reembolso en un plazo máximo de 95 días a partir de la fecha de prestación del servicio.

A más tardar 15 días después de recibir la reclamación, acusaremos recibo de la misma y la investigaremos. Es posible que necesitemos información adicional que consideremos razonablemente necesaria, y le informaremos en tal caso.

Le notificaremos por escrito la aceptación o el rechazo de la reclamación a más tardar 15 días laborables después de la fecha en que recibamos toda la información necesaria para tomar una decisión. Si rechazamos la solicitud, indicaremos el o los motivos. Si no podemos aceptar o rechazar la solicitud antes de que finalice el decimoquinto día laborable, le notificaremos los motivos por los que necesitamos más tiempo. Aceptaremos o rechazaremos la solicitud a más tardar 45 días después de la fecha de la notificación.

Si le notificamos que pagaremos la reclamación o parte de la misma, pagaremos a más tardar el quinto día laborable después de nuestra notificación. Si el pago está condicionado a la realización de un acto por su parte, pagaremos la reclamación a más tardar el quinto día laborable después de su realización.

Si el afiliado no coopera o no proporciona la información necesaria, podremos recuperar los pagos efectuados por nosotros y denegar cualquier reclamación pendiente o posterior para la que se solicite la información, a menos que los servicios hayan sido autorizados previamente por nosotros y se haya determinado que son necesarios por motivos médicos o apropiados.

Sin embargo, sus reclamaciones no se reducirán ni denegarán si no era razonablemente posible aportar dicha prueba.

A partir del 1 de enero de 2022, la Ley Sin Sorpresas prohíbe la facturación por sorpresa a los consumidores con:

- (1) Servicios de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia aérea (pero no terrestre); y
- (2) Servicios no de emergencia prestados dentro de la red en determinadas circunstancias.

## **m . Nuestra relación con los proveedores**

Los proveedores participantes no son nuestros agentes, empleados o socios. Los proveedores participantes son contratistas independientes. No respaldamos ni controlamos el juicio clínico ni las recomendaciones de tratamiento realizadas por los médicos o proveedores participantes.

Nada de lo contenido en este contrato o en cualquier acuerdo o documento de reembolso interferirá, ni tiene la intención de interferir, con la comunicación entre el afiliado y su profesional de la salud con respecto a su afección médica u opciones de tratamiento. Al solicitar autorizaciones y pedir servicios, los médicos participantes o los proveedores participantes actúan en nombre del afiliado. Todas las decisiones relacionadas con la atención del paciente son responsabilidad del paciente y de los médicos participantes o proveedores participantes tratantes, independientemente de cualquier determinación de cobertura que hayamos realizado o realicemos. No nos hacemos responsables de las declaraciones erróneas realizadas por cualquier proveedor con respecto al alcance de los servicios cubiertos y/o servicios no cubiertos según su contrato. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura, llame al Departamento de Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

## **n. Derechos que afectan a nuestra obligación de pagar**

1. El afiliado está obligado a cooperar y ayudarnos a nosotros y a nuestros agentes para proteger nuestros derechos de recuperación:
  - a. Notificándonos con prontitud de que puede tener una reclamación;
  - b. Obteniendo nuestro consentimiento antes de eximir a cualquier parte de la responsabilidad del pago de los gastos médicos;
  - c. Proporcionándonos una copia de cualquier notificación legal derivada de la lesión de la persona cubierta y su tratamiento;
  - d. Tomando todas las medidas necesarias para ayudarnos a hacer valer nuestros derechos de recuperación y no hacer nada después de la enfermedad, lesión corporal o accidente que perjudique nuestros derechos de recuperación; y
  - e. Absteniéndose de destinar la totalidad (o una parte desproporcionada) de cualquier recuperación exclusivamente al daño moral.

Si no coopera con nosotros, tendremos derecho a reclamarle los pagos que hayamos efectuado.

### **2. Derecho a solicitar información**

La persona cubierta debe cooperar con nosotros y, cuando se le solicite, ayudarnos al:

- a. Autorizar la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores de los que se recibió atención médica;
- b. Obtener información o expedientes médicos de cualquier médico o proveedor a petición nuestra;
- c. Facilitar información sobre las circunstancias de la enfermedad, lesión corporal o accidente;
- d. Proporcionar información sobre otros beneficios de la cobertura, incluida la información relacionada con cualquier lesión corporal o enfermedad por la que otra parte pueda ser responsable de pagar una indemnización o beneficios; y

e. Facilitar la información que solicitemos para administrar el contrato.

Si no colabora o no facilita la información necesaria, podremos recuperar los pagos que hayamos efectuado y denegar cualquier reclamación pendiente o posterior para la que se solicite la información, a menos que hayamos aprobado previamente los servicios.

### 3. No duplicación de los beneficios de Medicare

No duplicaremos los beneficios por gastos pagados por Medicare si Medicare es el pagador principal. En todos los casos, la coordinación de los beneficios con Medicare y las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y sus enmiendas se ajustarán a las leyes y reglamentos federales. A efectos de la presente sección, se entiende por Medicare a la Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, en su versión promulgada o sus enmiendas.

### 4. Coordinación de beneficios

Esta disposición de Coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona cubierta tiene cobertura de asistencia médica en más de un plan. Plan se define a continuación.

a. A continuación figuran las definiciones aplicables a esta disposición de la COB

1. “Plan” es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios de atención o tratamiento médico, oftalmológico u odontológico.

El plan incluye: pólizas colectivas, globales o con deducible de seguro de accidente y salud, excluida la cobertura de protección de ingresos por discapacidad; constancias de cobertura de organizaciones de mantenimiento de la salud individuales y colectivas; pólizas individuales de seguro de accidente y salud; planes de beneficios de proveedor preferido individuales y colectivos y planes de beneficios de proveedor exclusivo; contratos de seguro colectivos, contratos de seguro individuales y contratos de abonado que paguen o reembolsen el costo de la atención oftalmológica; asistencia dental; componentes de asistencia médica de contratos individuales y colectivos de asistencia a largo plazo; cobertura de beneficios limitados que no se emite como complemento de pólizas individuales o colectivas en vigor; acuerdos no asegurados de cobertura colectiva o de tipo colectivo; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóviles; y beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.

2. El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Texas Health Insurance Pool; la cobertura del seguro de indemnización por accidentes de trabajo; la cobertura de indemnización por hospitalización u otra cobertura de indemnización fija; la cobertura de enfermedad especificada; la cobertura de beneficios complementarios; la cobertura exclusiva de accidente; la cobertura de accidente especificada; las coberturas de tipo accidente escolar que cubren a los estudiantes sólo por accidentes, incluidas las lesiones deportivas, ya sea en régimen de “24 horas” o de “ida y vuelta a la escuela”; beneficios provistos en los contratos de seguro de atención a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidados personales, cuidados diurnos para adultos, servicios de amas de casa, asistencia en las actividades de la vida cotidiana, cuidados de relevo y cuidados de supervisión o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas complementarias de Medicare; un plan estatal en el marco de Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios superiores a los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza individual de seguro de accidente y salud que está diseñada para integrarse totalmente con otras pólizas mediante un deducible variable.

Cada contrato de cobertura es un plan independiente. Si un plan consta de dos partes y las normas de la COB sólo se aplican a una de ellas, cada una de las partes constituye un plan independiente. Asimismo, si un acuerdo consta de dos partes y las normas de la COB sólo se aplican a una de ellas, cada una de las partes constituye un plan independiente.

3. “Este plan” es la parte del contrato que proporciona los beneficios médicos a los que se aplica la disposición de la COB. Las reglas de determinación del orden de los beneficios determinan si este plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica en más de un plan. Cuando este plan es primario, determina primero el pago de sus beneficios antes que los de cualquier otro plan sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que abona para que todas los beneficios del plan equivalgan al 100 % del gasto total permitido.

4. “Gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluidos los deducibles y los copagos, cubierto al menos en parte por cualquier plan que cubra al afiliado. 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 esté 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 tenga prohibido cobrar a una persona cubierta por ley o en virtud de un acuerdo contractual no es un gasto permitido.

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

5. “Cantidad permitida” es el monto de un cargo facturado que una aseguradora determina que está cubierto por los servicios prestados por un proveedor o médico no participante. La cantidad permitida incluye tanto el pago de la aseguradora como cualquier monto aplicable en concepto de deducible o copago del que sea responsable el asegurado. Un afiliado que reciba servicios cubiertos no de emergencia prestados por un proveedor fuera de la red durante una visita en un centro de la red, (i) no estará sujeto a costos compartidos por dichos servicios que sea mayor que el requisito de costos compartidos que se aplicaría si dichos servicios se hubieran prestado dentro de la red; y (ii) cualquier costo compartido se aplicará a cualquier deducible y límite máximo de gastos de bolsillo dentro de la red.
  6. “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 han contratado o están empleados por el plan, y que excluye la cobertura de los servicios prestados por otros proveedores o médicos, salvo en casos de emergencia o remisión a un miembro del panel.
  7. “Progenitor custodio” es un padre/madre con derecho a designar la residencia principal de un menor por orden judicial en virtud del Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el padre con el que el menor reside más de la mitad del año calendario, excluidas las visitas temporales.
- b. Reglas para la determinación del orden de beneficios

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

1. Cobertura previa: Si un afiliado está ingresado como paciente hospitalizado en un hospital en la fecha de entrada en vigencia de este acuerdo, y la cobertura previa que finaliza inmediatamente antes de la fecha de entrada en vigencia de este acuerdo proporciona beneficios para la hospitalización después de la terminación de la cobertura previa, entonces los servicios y beneficios no estarán cubiertos bajo este acuerdo para ese afiliado hasta que el afiliado sea dado de alta del hospital o se agoten los beneficios bajo la cobertura previa (lo que ocurra primero).

Si no hay cobertura previa o no hay continuidad de la cobertura de hospitalización después de la fecha de entrada en vigencia, la cobertura de este plan se aplicará para los beneficios cubiertos relacionados con la cobertura de hospitalización después de su fecha de entrada en vigencia. La cobertura de este plan requiere que notifique a Community dentro de los 2 días de su fecha de entrada en vigencia para que podamos revisar y autorizar los servicios necesarios por motivos médicos. Si los servicios se prestan en un hospital no contratado, las reclamaciones se pagarán según la cantidad permitida y es posible que se le facture al afiliado cualquier saldo de costos por encima de lo permitido por este plan.

Los afiliados que ingresen en un centro de hospitalización antes de su inscripción en el contrato recibirán cobertura a partir de la fecha de entrada en vigencia del contrato, según se indica más arriba. Si un afiliado es hospitalizado en un centro fuera de la red, nos reservamos el derecho de solicitar su traslado a un centro de la red. El afiliado será transferido cuando un proveedor de la red, en consulta con el médico tratante, determine que el afiliado se encuentra médicamente estable para hacerlo. Si el afiliado se niega a ser trasladado a un centro de la red, todos los gastos adicionales incurridos durante la hospitalización serán responsabilidad del afiliado.

2. El plan primario paga o proporciona sus beneficios según sus condiciones de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
3. Salvo lo dispuesto en la siguiente sección 3, un plan que no incluya una disposición sobre la COB conforme con esta póliza es siempre primario, salvo que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan conforme es primario.
4. La cobertura que se obtiene en virtud de la afiliación a un grupo que está diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria debe ser superior a cualquier otra parte del plan proporcionada por el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas

de gastos médicos importantes que se superponen con los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan básico, y coberturas de tipo seguro que se suscriben en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

5. Un plan puede tener en cuenta los beneficios pagados o proporcionados por otro plan para calcular el pago de sus beneficios sólo cuando sea secundario con respecto 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 fuera el plan primario cuando una persona cubierta utiliza un proveedor de atención médica o médico no contratado, salvo para servicios de emergencia o remisiones autorizadas que son pagados o proporcionados por el plan primario.
7. Cuando varios contratos que ofrecen una cobertura coordinada se tratan como un único plan en virtud del presente subcapítulo, esta sección sólo se aplica al plan en su conjunto, y la coordinación entre los contratos que lo componen se rige por los términos de los contratos. Si más de una compañía paga o proporciona beneficios en virtud del plan, la compañía designada como principal dentro del plan debe ser responsable del cumplimiento de este subcapítulo por parte del plan.
8. Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de determinación del orden de los beneficios del presente subcapítulo deciden el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios entre sí. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del plan o planes principales y los beneficios de cualquier otro plan que, en virtud de las reglas del presente contrato, tenga sus beneficios determinados antes que los de ese plan secundario.
9. Cada plan determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplique.
  - i. No dependiente o dependiente. El plan que cubre al afiliado como no dependiente, por ejemplo, como empleado, afiliado, asegurado, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre al afiliado como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el afiliado es beneficiario de Medicare y, como consecuencia de la legislación federal, Medicare es secundario para el plan que cubre al afiliado como dependiente y primario para el plan que cubre al afiliado como no dependiente, entonces el orden de beneficios entre los dos planes se invierte de forma que el plan que cubre al afiliado como empleado, afiliado, asegurado, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan primario.
  - ii. Hijo/a dependiente cubierto por más de un plan

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

    - (a) Para un hijo/a dependiente cuyos padres estén casados o convivan, hayan estado casados o no:
      - (1) el plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año calendario es el plan primario; o
      - (2) si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el plan que haya cubierto al progenitor durante más tiempo será el primario.
    - (b) Para un hijo/a dependiente padres estén divorciados, separados o no convivan, hayan estado casados o no:
      - (1) Si una orden judicial establece que uno de los progenitores es responsable de los gastos de asistencia médica o de la cobertura de atención médica del hijo/a dependiente y el plan de ese progenitor tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan reciba la notificación de la orden judicial.
      - (2) Si una orden judicial establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de asistencia médica o de la cobertura de atención médica del hijo/a dependiente, las disposiciones de la sección 8.ii.(a) deben determinar el orden de los beneficios.
      - (3) Si una orden judicial establece que los progenitores tienen la custodia compartida sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos de asistencia médica o de la cobertura de atención médica del hijo/a dependiente, las disposiciones de la sección 8.ii.(a) deben determinar el orden de los beneficios.

(4) Si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de asistencia médica o de la asistencia de atención médica del hijo/a dependiente, el orden de los beneficios para la asistencia de salud del hijo/a dependiente será el siguiente:

(i) el plan que cubre al progenitor custodio;

(ii) el plan que cubre al/a la cónyuge del progenitor custodio; (iii) el plan que cubre al progenitor no custodio; entonces

(iv) el plan que cubre al cónyuge del progenitor no custodio.

(c) En el caso de un hijo/a dependiente cubierto por más de un plan de personas que no sean los progenitores del menor, las disposiciones de la sección 8.ii.(a) u 8.ii.(b) deben determinar el orden de los beneficios como si dichas personas fueran los progenitores del menor.

(d) En el caso de un hijo/a dependiente que esté cubierto por el plan de uno de los progenitores o de ambos y que tenga su propia cobertura como dependiente en el plan de su cónyuge, se aplica la sección 8.v.

(e) En caso de que la cobertura del hijo/a dependiente en virtud del plan del cónyuge haya comenzado en la misma fecha que la cobertura del hijo/a dependiente en virtud del plan de uno de los progenitores o de ambos, el orden de los beneficios deberá determinarse aplicando la regla de cumpleaños de la sección 8.ii.(a) al/a la progenitor/a o progenitores del hijo/a dependiente y al/a la cónyuge del dependiente.

iii. Empleado activo, jubilado o cesante. El plan que cubre a un afiliado como empleado activo, es decir, un empleado que no es cesante ni jubilado, es el plan primario.

El plan que cubre a ese mismo afiliado como empleado jubilado o cesante es el plan secundario. Lo mismo ocurre si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o cesante. Si el plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o cesante o como dependiente de un empleado jubilado o cesante no cuenta con esta regla y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si 8.i. puede determinar el orden de los beneficios.

iv. Ley COBRA o continuidad de cobertura estatal. Si un afiliado cuya cobertura se proporciona en virtud de la ley COBRA o de un derecho de continuidad proporcionado por una ley estatal u otra ley federal está cubierto por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado, o que cubre al afiliado como dependiente de un empleado, afiliado, suscriptor o jubilado, es el plan primario, y la cobertura de continuidad COBRA, estatal u otra ley federal es el plan secundario. Si el otro plan no dispone de esta regla y, como consecuencia, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si 8.i. puede determinar el orden de los beneficios.

v. Mayor o menor duración de la cobertura. Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, el plan que ha cubierto al afiliado como empleado, afiliado, asegurado, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el plan primario, y el plan que ha cubierto a la persona durante menos tiempo es el plan secundario.

vi. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deberán repartirse en partes iguales entre los planes que cumplan la definición de plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado de haber sido el plan primario.

#### c. Efecto sobre los beneficios de este plan

Esta sección se aplica cuando este plan es secundario de acuerdo con la determinación del orden de beneficios indicada anteriormente. En este caso, los beneficios de este plan pueden reducirse para que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no supere el total de los gastos permitidos. Para determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de asistencia médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido por

su plan que no haya sido abonado por el plan primario. A continuación, el plan secundario puede reducir su pago en la cantidad que, combinada con la cantidad pagada por el plan primario, haga que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes para la reclamación sea igual al 100 % del gasto total permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible del plan cualquier cantidad que hubiera acreditado a su deducible en ausencia de otra cobertura de asistencia médica.

d. Facilidad de pago

Un pago efectuado en virtud de otro plan puede incluir una cantidad que debería haberse abonado en virtud de este plan. En ese caso, Community puede abonar dicha cantidad a la organización que efectuó el pago. Esa cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado en virtud de este plan. Community no tendrá que volver a abonar esa cantidad. El término “pago efectuado” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago efectuado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios proporcionados en forma de servicios.

e. Divulgación de información

A efectos de esta Constancia de cobertura, Community puede, sujeta a los requerimientos de confidencialidad aplicables establecidos en esta Constancia de cobertura, divulgar u obtener de cualquier aseguradora u otra organización la información necesaria para implementar estas disposiciones de coordinación de beneficios. Cualquier afiliado que reclame beneficios bajo esta Constancia de cobertura debe proveer a Community toda la información que considere necesaria para implementar estas disposiciones de coordinación de beneficios.

f. Derecho de recuperación

Si la cantidad de pagos que efectuamos es superior a la que se debería haber pagado en virtud de esta disposición de la COB, podemos recuperar el exceso de una o más de las personas a las que hayamos pagado, o por las que hayamos pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. La “cantidad de los pagos efectuados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

5. Derecho de reembolso

Si pagamos beneficios y el afiliado recupera o tiene derecho a recuperar beneficios de otra cobertura o de cualquier parte legalmente responsable, tenemos derecho a recuperar del afiliado la cantidad que pagamos.

El afiliado debe notificarnos por escrito, en un plazo de 31 días, cualquier pago de beneficios, acuerdo, compromiso o sentencia. Si el afiliado no aplica o menoscaba nuestro derecho al reembolso, suspenderemos el pago de los servicios pasados o futuros hasta que se resuelvan todos los gravámenes pendientes.

Si el afiliado recupera el pago y libera a cualquier parte legalmente responsable de los gastos médicos futuros relacionados con una enfermedad o lesión corporal, nosotros tendremos el derecho continuo de solicitarle el reembolso. No obstante, este derecho sólo se aplicará en la medida permitida por la ley.

Esta obligación de reembolso existe en su totalidad independientemente de si el acuerdo, compromiso o sentencia designa la recuperación incluyendo o excluyendo los gastos médicos.

6. Nuestro derecho de subrogación

En la medida en que lo permita la legislación de Texas, tenemos derecho a recuperar los pagos adquiridos por el afiliado contra cualquier persona u organización por negligencia o cualquier acto intencionado que provoque una enfermedad o lesión corporal, en la medida en que hayamos abonado los servicios. Como condición para recibir beneficios por nuestra parte, el afiliado acepta cedernos cualquier derecho que pueda tener a presentar una reclamación, interponer acciones legales o recuperar los gastos pagados por los beneficios cubiertas por el presente contrato.

Si no podemos ejercer nuestro derecho de subrogación, podemos ejercer nuestro derecho de reembolso.

## 7. Cesión de derechos de recuperación

Si su reclamación contra otra aseguradora es denegada o pagada parcialmente, nosotros tramitaremos dicha reclamación de acuerdo con los términos y las condiciones del presente contrato. Si efectuamos el pago en nombre del afiliado, el afiliado acepta que cualquier derecho que tenga contra la otra aseguradora por los gastos médicos que nosotros paguemos, nos será cedido.

### **o. Derecho a solicitar pagos en exceso**

Nos reservamos el derecho a recuperar cualquier pago que hayamos efectuado:

1. Por error;
2. Al afiliado y/o a cualquier parte en nombre del afiliado, cuando determinemos que dicho pago efectuado es superior al importe pagadero en virtud del presente contrato;
3. Al afiliado y/o a cualquier parte en nombre del afiliado, basado en una tergiversación fraudulenta o intencionada de un hecho material; o
4. Al afiliado y/o a cualquier parte en nombre del afiliado por cargos que fueron descontados, condonados o reembolsados. Nos reservamos el derecho de ajustar cualquier cantidad aplicada por error a cualquier deducible o límite máximo de gastos de bolsillo.

### **p. Derecho a exigir exámenes médicos**

Tenemos derecho a que se examine o realice una autopsia a la persona asegurada durante la tramitación de una reclamación, a menos que la ley lo prohíba. Estos procedimientos se llevarán a cabo con la frecuencia que consideremos razonablemente necesaria para determinar los beneficios del contrato, a nuestro cargo.

### **q. Asistencia médica pública y estatal**

Si una persona cubierta recibió asistencia médica de un programa de la Comisión de Salud y Servicios Sociales de Texas (Texas Health and Human Services Commission) mientras estaba asegurada conforme a este contrato, reembolsaremos al programa el costo real de los gastos médicos que el programa pague a través de la asistencia médica, si dicha asistencia se pagó por un gasto cubierto por el cual se deban pagar beneficios conforme a este contrato, y si recibimos una notificación oportuna de la Comisión, o de su plan de salud designado, del pago de dicha asistencia. Cualquier reembolso a la Comisión o a su plan de salud designado que efectuemos nos liberará de la responsabilidad en la medida del reembolso. Esta disposición se aplica únicamente en la medida en que no hayamos efectuado ya el pago de la reclamación al afiliado o al proveedor.

Si la Comisión de Salud y Servicios Sociales de Texas está pagando asistencia financiera y médica para un niño, y el afiliado es un progenitor que adquirió este contrato o un progenitor cubierto por este contrato y tiene posesión o acceso al niño, o no tiene derecho al acceso o posesión del niño pero el tribunal le exige que pague la manutención del niño, todos los beneficios pagados en nombre del niño o niños bajo este contrato deben pagarse a la Comisión de Salud y Servicios Sociales de Texas.

Debemos recibir una notificación por escrito adherida a la solicitud de reembolso cuando se presente por primera vez en la que se indique que los beneficios deben pagarse directamente a la Comisión de Salud y Servicios Sociales de Texas.

### **r. Plazo de pago de reclamaciones**

Los pagos adeudados en virtud de este contrato a los médicos participantes y proveedores participantes se abonarán de acuerdo con las leyes aplicables de pago inmediato de reclamaciones de Texas.

### **s. Indemnización por accidente de trabajo**

El presente contrato no sustituye a ninguna indemnización por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

## 10. Definiciones

**Afiliado/a/su(s)** significa la persona cubierta.

**Agencia de asistencia médica a domicilio** significa una agencia de salud a domicilio o un hospital que cumpla todos los requisitos siguientes:

1. Debe prestar principalmente servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos bajo la supervisión de profesionales de la salud o enfermeros;
2. Debe ser gestionado de acuerdo con los procesos y procedimientos establecidos por un grupo de profesionales médicos, incluidos médicos y enfermeros;
3. Debe mantener historias clínicas de todos los pacientes; y
4. Debe estar autorizado por la jurisdicción en la que esté ubicado, si se requiere la obtención de una licencia. Debe funcionar de acuerdo con las leyes de esa jurisdicción relativas a las agencias que prestan asistencia médica a domicilio.

**Agencia de cuidados paliativos** significa una agencia que:

1. Tiene como objetivo principal prestar servicios de cuidados paliativos a pacientes ingresados en centros de cuidados paliativos;
2. Está autorizada y funciona de acuerdo con las leyes del estado en el que se encuentra;
3. Cumple los siguientes requisitos:
  - a. Ha obtenido cualquier certificado de necesidad exigido;
  - b. Proporciona un servicio 24 horas al día, siete días a la semana, supervisado por un profesional de la salud; c. Tiene un administrador a tiempo completo;
  - d. Lleva un registro escrito de los servicios prestados a cada paciente;
  - e. Tiene un coordinador que:
    - i. Es enfermero/a; y
    - ii. Tiene cuatro años de experiencia clínica a tiempo completo, de los cuales al menos dos han consistido en el cuidado de enfermos terminales; y
4. Tiene un coordinador de servicios sociales con licencia.

**Análisis prequirúrgicos** significa:

1. Análisis de laboratorio o exámenes radiológicos realizados en régimen ambulatorio en un hospital u otro centro aceptado por el hospital antes de la internación hospitalaria o cirugía o procedimientos ambulatorios; y
2. Los análisis deben ser para la misma lesión corporal o enfermedad que causó la hospitalización de la persona cubierta o la cirugía o procedimiento ambulatorio.

**Año calendario** significa el período de tiempo que comienza el 1 de enero y finaliza el 31 de diciembre siguiente. El primer año calendario comienza para una persona cubierta en la fecha en que los beneficios de este contrato entran en vigencia por primera vez para dicha persona cubierta y finaliza el 31 de diciembre siguiente.

**Año del plan** significa el período de tiempo que comienza en la fecha en que los beneficios de este contrato entran en vigencia para esa persona cubierta y finaliza el 31 de diciembre de ese año.

**Apelación** significa nuestro proceso formal mediante el cual una persona cubierta, una persona que actúa en nombre de una persona cubierta o el proveedor registrado de una persona cubierta puede solicitar la reconsideración de una determinación adversa o denegación de beneficios.

**Atención de emergencia** significa cualquier servicio prestado por una lesión corporal o enfermedad que se manifieste por síntomas tomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente, que posea un conocimiento medio de salud y medicina, pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata provoque:

1. Poner en grave peligro la salud de ese individuo;
2. Un deterioro grave de las funciones corporales;
3. Una desfiguración grave;
4. Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
5. En el caso de las mujeres embarazadas, poner en grave peligro la salud del feto.

Atención de emergencia no significa ningún servicio para conveniencia de la persona cubierta o del proveedor de tratamiento o servicios.

**Área de servicio** significa el área geográfica que designamos y que el Departamento de Seguros del estado aprobó en la que se emite este contrato, si dicha aprobación es necesaria. El área de servicio es el área geográfica dentro de la cual los servicios cubiertos están disponibles y accesibles para las personas cubiertas. El área de servicio figura en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org), en el directorio de proveedores de la HMO, y puede llamar al departamento de Atención al Afiliado de la HMO al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de afiliado.

**Atención de emergencia** significa cualquier servicio prestado por una lesión corporal o enfermedad que se manifieste por sín

**Atención de enfermería de rutina** significa los cargos efectuados por un hospital o centro materno-infantil con licencia por el uso de la enfermería. Incluye los servicios y suministros normales prestados a los recién nacidos sanos tras el parto. Las visitas al profesional de la salud médico no se consideran atención de enfermería de rutina. El tratamiento de lesiones corporales, enfermedades, anomalías congénitas o defectos congénitos después del nacimiento y los cuidados derivados de la prematuridad no se consideran atención de enfermería de rutina.

**Atención de mantenimiento** significan los servicios prestados principalmente para:

1. Mantener, en lugar de mejorar, un nivel de función física o mental; o
2. Proporcionar un entorno protegido libre de exposiciones que puedan empeorar la condición física o mental de la persona cubierta.

**Atención de urgencia** significa servicios de salud o servicios de salud mental prestados en un entorno distinto al de una emergencia, que normalmente se prestan en un entorno como el consultorio de un médico o proveedor o un centro de atención de urgencias, como consecuencia de una lesión aguda o enfermedad que sea lo suficientemente grave o dolorosa como para inducir a una persona prudente, que posea un conocimiento medio de medicina y salud, a creer que su estado, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que, de no recibir tratamiento en un plazo razonable, se produciría un deterioro grave de su estado de salud.

**Atención médica del paciente subagudo** significa un programa integral de atención hospitalaria a corto plazo para una persona cubierta que tiene una enfermedad o una lesión corporal que:

1. No requiere que la persona cubierta haya sido admitida previamente como paciente internado en un centro de tratamiento médico.
2. No requiere diagnósticos intensivos ni procedimientos invasivos.
3. Requiere la dirección de un profesional de la salud, cuidados intensivos de enfermería, un uso significativo de auxiliares y un enfoque interdisciplinario centrado en los resultados, utilizando un equipo médico profesional para realizar intervenciones clínicas complejas.

**Autorización previa** significa que nosotros, o la persona que nosotros designemos, determinamos que un servicio o medicamento recetado es necesario por motivos médicos antes de que se preste o entregue. La autorización previa no garantiza que el servicio o medicamento recetado propuesto esté cubierto por este contrato.

**Centro de cuidados paliativos** significa un centro con licencia o parte de un centro que:

1. Proporciona principalmente cuidados paliativos;
2. Mantiene la historia clínica de cada paciente;
3. Dispone de un programa continuo de garantía de calidad;
4. Tiene un profesional de la salud de guardia en todo momento;
5. Proporciona servicios de enfermería especializada las 24 horas del día bajo la dirección de un enfermero; y
6. Tiene un administrador a tiempo completo.

**Centro de emergencias comparable** significa los siguientes lugares donde se prestan servicios de emergencia: (i) cualquier instalación fija o móvil, incluso, entre otras, clínicas de salud rural y facultades de traumas de nivel V que han autorizado o certificado o bien, autorizado y certificado, el personal y el equipo que proporcionará soporte vital cardiaco avanzado (ACLS, en inglés) en consonancia con las normas de atención de la American Heart Association (AHA) y la American Trauma Society (ATS) y un centro de atención médica de emergencia independiente como ese término se define en la sección 843.002 del Código de Seguros de Texas; o (ii) a efectos de la atención de emergencia relacionada con enfermedades mentales, un centro de salud mental que pueda proporcionar servicios residenciales y psiquiátricos las 24 horas del día y que sea: (I) un centro gestionado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas; (II) un hospital mental privado autorizado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas; (III) un centro comunitario según se define en la sección 534.001 del Código de Salud y Seguridad de Texas; (IV) un centro gestionado por un centro comunitario u otra entidad que el Departamento de Salud de Texas designa para proporcionar atención de la salud mental; (V) una parte identificable de un hospital general en el que se proporciona diagnóstico, tratamiento y atención a personas con enfermedades mentales y que está autorizado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas; o (VI) un hospital gestionado por una agencia federal.

**Centro de enfermería especializada** significa un centro que presta servicios continuos de enfermería especializada en régimen de hospitalización a personas que se recuperan de una enfermedad o lesión corporal. El centro debe cumplir todos los requisitos siguientes:

1. Estar autorizado por el estado para prestar servicios de enfermería especializada;
2. Contar con un profesional de la salud de guardia las 24 horas del día;
3. Proporcionar servicios de enfermería especializada supervisados por un enfermero de guardia las 24 horas del día;
4. Mantener una historia clínica diaria y completa de cada paciente;
5. No ser principalmente un lugar para el descanso, para ancianos o para cuidados supervisados, ni proporcionar cuidados de salud mental, aunque estos servicios puedan prestarse en una sección distinta del mismo centro físico. El centro también puede proporcionar cuidados prolongados o supervisados, que no estarían cubiertos por este contrato.

**Centro de rehabilitación de pacientes subagudos** significa un centro que presta atención médica a pacientes subagudos para servicios de rehabilitación de enfermedades o lesiones corporales en régimen de hospitalización. Este tipo de centro debe cumplir todos los requisitos siguientes:

1. Estar autorizado por el estado en el que se prestan los servicios para proporcionar atención médica a pacientes subagudos para servicios de rehabilitación;
2. Contar con un médico/a de guardia las 24 horas del día;
3. Proporcionar servicios de enfermería supervisados por un enfermero/a de guardia las 24 horas del día;
4. Mantener una historia clínica diaria y completa de cada paciente;
5. No proporcionar principalmente atención de salud mental, aunque estos servicios puedan prestarse en una sección distinta del mismo centro físico. El centro también puede proporcionar cuidados prolongados o supervisados, que no estarían cubiertos por este contrato.

**Centro de tratamiento médico** significa únicamente un centro, una institución o una clínica debidamente autorizado por la agencia estatal correspondiente y que esté establecido y funcione principalmente dentro del ámbito de su licencia. Centro de tratamiento médico no incluye un centro de tratamiento residencial ni un centro de reinserción social.

**Centro de urgencias** significa cualquier centro autorizado, público o privado, no hospitalario, que disponga de instalaciones permanentes equipadas para prestar servicios de atención de urgencia en régimen ambulatorio.

**Centro médico** es un modelo de prestación de asistencia médica en equipo dirigido por un médico, un asistente médico o un enfermero con prácticas médicas que proporciona atención médica integral y continua a los pacientes con el objetivo de obtener los máximos resultados de salud.

**Centro quirúrgico independiente** significa cualquier establecimiento público o privado autorizado que disponga de instalaciones permanentes equipadas y gestionadas principalmente para la realización de intervenciones quirúrgicas ambulatorias. No ofrece servicios ni alojamiento para que los pacientes pernecten.

**Centro residencial de tratamiento** significa una institución que:

1. Está autorizada como centro residencial intensivo de 24 horas en el que las personas viven en el centro mientras reciben tratamiento y están supervisadas por personal formado.
2. El centro NO está autorizado como hospital;
3. Proporciona un plan de tratamiento multidisciplinario o interdisciplinario en un entorno controlado, con la supervisión periódica de un profesional de la salud autorizado, como un médico especializado en psiquiatría, otro prescriptor psiquiátrico y/o un psicólogo doctorado o psiquiatra; y
4. Ofrece programas de formación social, psicológica y de rehabilitación, adecuados a las necesidades especiales del grupo etario de los individuos, con especial atención a la reintegración en la comunidad.

El tratamiento residencial se utiliza para proporcionar estructura, apoyo y refuerzo del tratamiento necesario para invertir el curso del deterioro conductual y emocional y/o proporcionar tratamiento para apoyar la prevención de recaídas en el caso de un abuso de sustancias.

**Circunstancias especiales** significa una afección para la cual el profesional de la salud o proveedor de atención médica tratante considera razonablemente que la interrupción de la atención por parte del profesional de la salud o proveedor de atención médica tratante podría causar daños a la persona cubierta. Ejemplos de circunstancias especiales incluyen:

1. Una persona cubierta con una discapacidad;
2. Una persona cubierta con una afección aguda;
3. Una persona cubierta que padezca una enfermedad potencialmente mortal; o
4. Una persona cubierta que haya superado la vigésimo cuarta semana de embarazo.

**Cirugía** significa lo clasificado como tal en los Manuales de Terminología de Procedimiento Actual (CPT, por sus siglas en inglés) publicados por la American Medical Association. El término cirugía incluye, entre otras cosas:

1. La escisión o incisión de la piel o los tejidos mucosos o inserción con fines exploratorios en una abertura natural del cuerpo;
2. La inserción de instrumentos en cualquier abertura corporal, natural o no, realizada con fines diagnósticos u otros fines terapéuticos; y
3. El tratamiento de las fracturas.

**Cirugía estética** significa cirugía, procedimiento, inyección, medicación o tratamiento destinado principalmente a mejorar el aspecto, la autoestima o la imagen corporal y/o a aliviar o prevenir el malestar social, emocional o psicológico.

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

**Cirugía reconstructiva de anomalías craneofaciales** significa cirugía de la cara o la cabeza para mejorar la función o intentar crear un aspecto normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

**Community** significa Community Health Choice, Inc., una organización de mantenimiento de la salud con licencia.

**Complicaciones del embarazo** significa las afecciones que requieren hospitalización (cuando no se interrumpe el embarazo), cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero que se ven perjudicadas por el embarazo o son causadas por el embarazo, como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardiaca, aborto retenido y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable. Las complicaciones del embarazo no incluyen el falso trabajo de parto, el manchado ocasional, el reposo prescrito por el médico durante el periodo de embarazo, las náuseas matutinas, la hiperémesis gravídica, la preeclampsia y afecciones similares asociadas al manejo de un embarazo difícil que no constituya una complicación nosológicamente distinta del embarazo.

**Contrato** significa este documento, junto con cualquier enmienda, cláusula adicional y respaldo que describa el acuerdo entre el afiliado y nosotros.

**Copago** significa una cantidad específica en dólares o un monto expresado como porcentaje que se indica en el Cuadro de beneficios y que el afiliado está obligado a pagar a un médico o proveedor por los gastos cubiertos de ciertos beneficios especificados en este contrato cada vez que recibe un servicio cubierto, independientemente de las cantidades que nosotros podamos pagar. Los copagos no se aplican al deducible.

**Costos compartidos** significa el deducible y/o copago que debe pagar la persona cubierta por los medicamentos recetados.

**Costos de atención de rutina del paciente** significa los costos de cualquier servicio de atención de salud necesario por motivos médicos para el que se proporcione cobertura en virtud de este contrato, independientemente de si la persona cubierta está participando en un estudio clínico.

Los costos de la atención de rutina del paciente no incluyen:

1. El costo de un nuevo medicamento o dispositivo en investigación que no esté aprobado para ninguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA), incluido un medicamento o dispositivo que sea objeto del estudio clínico;
2. El costo de un servicio que no sea un servicio médico, independientemente de si el servicio es necesario en relación con la participación en un estudio clínico;
3. El costo de un servicio que es claramente incoherente con las normas de atención ampliamente aceptadas y establecidas para un diagnóstico concreto;
4. El costo asociado a la gestión de un estudio clínico; o
5. El costo de un servicio médico que esté específicamente excluido de la cobertura de este contrato.

**Cuidados paliativos** significa los cuidados prestados a una persona cubierta para aliviar, mitigar o calmar, pero no para curar, una lesión corporal o enfermedad.

**Cuidados supervisados** significa servicios prestados a una persona cubierta si:

1. La persona cubierta necesita servicios que incluyen, entre otros, ayuda para vestirse, bañarse, preparar comidas y alimentarse con dietas especiales, caminar, supervisar la medicación que normalmente se autoadministra, acostarse y levantarse de la cama y mantener la continencia;
2. Los servicios son necesarios principalmente para mantener y no es probable que mejoren la condición de la persona cubierta; o
3. Servicios de cuidados de larga duración, ya se presten en el domicilio, en la comunidad, en residencias asistidas o en residencias de ancianos.

Podemos considerar servicios como cuidados supervisados incluso si:

1. La persona cubierta está bajo el cuidado de un profesional de la salud,
2. Los servicios son prescritos por un profesional de la salud para apoyar o mantener la condición de la persona cubierta;
3. Los servicios son prestados por un enfermero; o
4. Los servicios implican el uso de habilidades que pueden enseñarse a una persona común y corriente y no requieren las habilidades técnicas de un enfermero.

**Deducible** significa la cantidad de gasto cubierto en la que una persona y/o familia debe incurrir en un año del plan y que es responsable de pagar antes de que se aplique cualquier copago. Esta cantidad se aplicará por año del plan y no se aplica a determinados servicios. El deducible se indica en el Cuadro de beneficios.

Pueden aplicarse uno o más de los siguientes deducibles a los servicios cubiertos:

1. Deducible. La cantidad del gasto cubierto en la que debe incurrir un individuo y/o una familia durante el año del plan antes de que los beneficios sean pagaderos y antes de que se aplique cualquier copago. El deducible no se aplica a los servicios preventivos.
2. Deducible familiar. Cada año calendario, una vez alcanzado el número de individuales

Cuando se alcancen los deducibles indicados en el Cuadro de beneficios, no será necesario abonar ningún otro deducible individual durante el resto de ese mismo año calendario.

**Denegación contractual** significa cualquiera de las siguientes situaciones: denegación, reducción o finalización de un beneficio, o no prestación o pago (total o parcial) del mismo, incluida cualquier denegación, reducción, finalización o no prestación o pago que se base en una determinación del titular del contrato o en su derecho a participar en un plan y en la rescisión del presente contrato.

**Denegación de beneficios** significa cualquiera de las siguientes situaciones: denegación, reducción o finalización de un beneficio, o no prestación o pago (total o parcial) del mismo, incluida cualquier denegación, reducción, finalización o no prestación o pago que se base en una determinación del titular del contrato o en su derecho a participar en un plan y en la rescisión del presente contrato.

**Dependencia de sustancias químicas** significa el abuso, la dependencia psicológica o física o la adicción al alcohol o a una sustancia controlada.

**Dependiente** significa el/la cónyuge legalmente reconocido del titular del contrato, un hijo/a natural, hijastro, hijo legalmente adoptado, un niño dado en adopción o un niño para el que el titular del contrato es parte en un pleito en el que se solicita la adopción del niño, cuya edad sea menos que la edad límite, un hijo cuya edad sea menos que la edad límite y para el que el afiliado ha recibido una orden judicial o administrativa de proporcionar cobertura hasta que dicha orden judicial o administrativa deje de estar en vigencia, el niño esté inscrito en un seguro médico comparable o vaya a inscribirse en una cobertura comparable que entrará en vigencia a más tardar en la fecha de entrada en vigencia de la cancelación o no renovación, un nieto soltero, si el nieto es una persona dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta en el momento de la solicitud, cuya edad sea menos que la edad límite o el hijo adulto del titular del contrato que cumpla las siguientes condiciones:

1. Supera la edad límite de un menor;
2. Es soltero/a;
3. Sufre una discapacidad mental o física permanente; y
4. Es incapaz de mantener un empleo autónomo.

Para que el hijo dependiente adulto cubierto siga cumpliendo los requisitos especificados anteriormente, debemos recibir una notificación de estas condiciones en un plazo de 31 días a partir de que el hijo dependiente cubierto alcance la edad límite.

Todos los hijos, salvo los que reúnan los requisitos por orden judicial o administrativa, deben reunir todos los requisitos de dependiente que nosotros determinemos.

El afiliado debe proporcionarnos constancias satisfactorias, a petición nuestra, de que la enfermedad definida en los puntos anteriores existe de forma continuada a partir de la fecha en que se alcanza la edad límite. Transcurridos dos años desde la fecha de presentación de la primera constancia, no podremos solicitarla con una frecuencia superior a la anual. Si no se nos presentan constancias satisfactorias, la cobertura del niño no continuará después de la última fecha de elegibilidad.

La edad límite para que cada hijo sea considerado dependiente en virtud del presente contrato es la edad en que el hijo cumpla 26 años.

**Determinación adversa** significa una determinación por nuestra parte o por una persona designada de que los servicios de asistencia médica prestados o propuestos para ser prestados a una persona cubierta no son necesarios por motivos médicos o son experimentales o de investigación. El término no incluye una denegación de servicios de atención médica debida a

la falta de pedido de una revisión de utilización concurrente o futura. En el caso de un medicamento recetado, se considera una determinación adversa si nos negamos a proporcionar beneficios si el medicamento no está incluido en el Formulario de medicamentos y su médico ha determinado que el medicamento es necesario por motivos médicos.

**Diagnóstico por imágenes** significa un examen por imágenes mediante mamografía, ecografía o resonancia magnética diseñado para evaluar:

1. una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un médico o una paciente en una mama;
2. una anomalía observada por un médico en una mamografía de control;
3. una anomalía previamente identificada por un médico como probablemente benigna en una mama para la que el médico recomienda un seguimiento por imagen; o
4. una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.

**Diagnóstico por imágenes avanzadas** a efectos de esta definición, incluye la resonancia magnética (RM), la angiografía por resonancia magnética (ARM), la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT), la tomografía computarizada (TC) y la medicina nuclear.

**Diente natural sano** significa un diente que:

1. Es orgánico y está formado por el desarrollo natural del cuerpo (no está fabricado, tapado, coronado ni adherido);
2. No ha sido restaurado en profundidad;
3. No ha sufrido caries extensas ni enfermedad periodontal; y
4. No es más susceptible de sufrir lesiones que un diente natural entero (por ejemplo, un diente que se haya roto, astillado, empastado, agrietado o fracturado previamente).

**Edad límite** significa la fecha en que la persona dependiente cumple 26 años.

**Electrónico/Por medios electrónicos** significa en relación con la tecnología que tiene funciones eléctricas, digitales, magnéticas, inalámbricas, ópticas, electromagnéticas o similares.

**Enfermedad** significa una alteración en la función o estructura del cuerpo de la persona cubierta que causa signos o síntomas físicos que, si no se tratan, provocarán un deterioro del estado de salud de la estructura o sistema(s) del cuerpo de la persona cubierta. Los defectos congénitos se tratarán igual que cualquier otra enfermedad. Las complicaciones del embarazo se tratarán como cualquier otra enfermedad.

**Enfermedad mental** significan las pruebas diagnósticas y el tratamiento de una neurosis, psiconeurosis, psicopatía, psicosis o enfermedad o trastorno mental o emocional de cualquier tipo. Esto es así independientemente de la causa originaria del trastorno.

**Enfermedad potencialmente mortal** significa una enfermedad o afección de la que la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad.

**Equipos médicos duraderos** significa el equipo, definido por la Parte B de Medicare, que cumple los siguientes criterios:

1. Soporta un uso repetido;
2. Se utiliza principal y habitualmente para servir a un fin médico y no principalmente para comodidad o conveniencia;
3. No suele ser útil para una persona salvo para tratar una lesión corporal o una enfermedad;
4. Es necesario por motivos médicos y requerido por la lesión corporal o enfermedad de la persona cubierta;
5. No suele ser suministrado por un hospital o centro de enfermería especializada; y
6. Es prescrito por un profesional de la salud como adecuado para su uso en el hogar.

**Equipos para la diabetes** significa:

1. Medidores de glucosa en sangre, incluidos los medidores de glucosa no invasivos y los medidores de glucosa diseñados para ser utilizados por invidentes;
2. Bombas de insulina y accesorios asociados;
3. Dispositivos de infusión de insulina;
4. Aparatos podológicos para la prevención de las complicaciones asociadas a la diabetes; y
5. Equipos para la diabetes nuevos o mejorados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

**Estado de observación** significa una estancia en un hospital o centro de tratamiento médico de hasta 72 horas si la persona cubierta:

1. No ha sido admitida como paciente internada y residente;
2. Está físicamente retenida en una sala de emergencias, sala de tratamiento, sala de observación u otra zona similar; o
3. Está en observaciones para determinar si será necesaria una internación.

**Estudio clínico** significa un estudio de investigación clínica o investigación clínica que se realiza en relación con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra enfermedad potencialmente mortal y que está aprobado por:

1. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos;
2. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés);
3. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés);
4. El Departamento de Defensa de Estados Unidos (DOD, por sus siglas en inglés);
5. El Departamento de Asuntos de Veteranos de Estados Unidos (VA, por sus siglas en inglés); o
6. Una junta de revisión institucional de una institución del estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación en Seres Humanos (OHRP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (HHS);
7. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés);
8. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o
9. El Departamento de Energía.

**Examen neuroconductual** significa una evaluación de los antecedentes de dificultades neurológicas y psiquiátricas, los síntomas actuales, el estado mental actual y los antecedentes premórbidos, incluida la identificación de conductas problemáticas y la relación entre la conducta y las variables que la controlan. Puede incluir entrevistas con el individuo, la familia u otras personas.

**Experimental o en investigación** significa cualquier procedimiento, tratamiento, suministro, dispositivo, equipo, instalación o medicamento (todos servicios) que nuestro director/a médico/a o su representante designado determine que:

1. No es un beneficio para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión corporal;
2. No es tan beneficioso como cualquier alternativa establecida; o
3. No presenta mejoría fuera del ámbito de investigación.

Un medicamento, producto biológico, dispositivo, tratamiento o procedimiento que cumpla alguno de los siguientes criterios se considerará experimental o en investigación cuando:

1. No pueda comercializarse legalmente sin la aprobación final de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) para la enfermedad o lesión corporal concreta y que carezca de dicha aprobación final de la FDA para el uso o el uso propuesto, a menos que:

- a. Se hallen aceptados para ese uso en la edición publicada más reciente de la United States Pharmacopoeia-Drug Information for Healthcare Professional (USP-DI) o en la edición publicada más reciente de la información sobre fármacos de la American Hospital Formulary Service (AHFS);
  - b. Se hallen identificados como seguros, ampliamente utilizados y generalmente aceptados como eficaces para ese uso, según lo informado en la literatura médica revisada por pares reconocida a nivel nacional y publicada en idioma inglés a la fecha del servicio; o
  - c. Sea obligatorio por ley estatal.
2. Sea un dispositivo que debe recibir la aprobación previa a la comercialización (PMA) o la aprobación 510K de la FDA, pero que no ha recibido una aprobación PMA o 510K;
  3. No esté identificado como seguro, ampliamente utilizado y generalmente aceptado como eficaz para el uso propuesto, según lo informado en la literatura médica revisada por pares reconocida a nivel nacional y publicada en idioma inglés a la fecha del servicio;
  4. Sea objeto de un estudio de fase I, II o III del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), o de cualquier estudio no reconocido por el NCI independientemente de la fase, salvo lo dispuesto expresamente en el presente contrato;
  5. Esté identificado como no cubierto por el Manual de Cuestiones de Cobertura de Medicare de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), una carta de política operativa de los CMS o una decisión de cobertura nacional de los CMS, salvo que lo exija la legislación estatal o federal;
  6. La FDA no haya determinado que el producto esté contraindicado para la enfermedad o lesión corporal concreta para la que se ha prescrito el producto; o
  7. El tratamiento, los servicios o los suministros:
    - a. No son tan eficaces para mejorar los resultados médicos ni tan rentables como la tecnología establecida; o b. No son utilizables en contextos clínicos apropiados en los que la tecnología establecida no es empleable.

Cualquier servicio que no esté cubierto por ser experimental o en investigación puede ser revisado por una organización de revisión independiente (IRO). Véase la disposición sobre el proceso de apelación ante la organización de revisión independiente en la sección “Disposiciones generales” de este contrato.

**Farmacéutico/a** significa persona con licencia para preparar, componer y dispensar medicamentos y que ejerce dentro del ámbito de su licencia.

**Farmacia** significa un establecimiento con licencia en el que un farmacéutico dispensa medicamentos con receta.

**Farmacia de venta por correo** significa una farmacia que proporciona servicios de farmacia de venta por correo cubiertos, tal y como los definimos nosotros, y que entrega medicamentos recetados o reposiciones cubiertas por correo a personas cubiertas.

**Farmacia especializada** significa una farmacia que presta servicios de farmacia especializada cubiertos, tal y como los definimos nosotros, a personas cubiertas.

**Farmacia no participante** significa una farmacia que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros o que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente o que no ha sido contratada por nosotros para prestar servicios de farmacia cubiertos, servicios de farmacia especializada cubiertos o servicios de farmacia de venta por correo cubiertos, tal y como los definimos nosotros, a personas cubiertas, incluso recetas cubiertas o reposiciones entregadas por correo.

**Farmacia participante** significa una farmacia que ha firmado un acuerdo directo con nosotros o que ha sido contratada por nosotros para prestar servicios de farmacia cubiertos, servicios de farmacia especializada cubiertos o servicios de farmacia de venta por correo cubiertos, tal y como nosotros los definimos, a personas cubiertas, incluso recetas cubiertas o reposiciones entregadas por correo.

**Fecha de entrada en vigencia** significa la primera fecha en que se aplican todos los términos y las disposiciones del presente contrato. Es la fecha que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado.

**Formulario de medicamentos** hace referencia a una lista de fármacos, medicinas, medicamentos y suministros recetados y especificados por nosotros e indica los límites de dispensación aplicables y/o cualquier requisito de autorización previa o terapia escalonada. Visite nuestro sitio web en [www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org) o llame a nuestro departamento de Atención al Afiliado

al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de afiliado para obtener el Formulario de medicamentos. El Formulario de medicamentos está sujeto a cambios sin previo aviso.

**Hospital** significa una institución que cumple todos los requisitos siguientes:

1. Debe proporcionar, previo pago, asistencia médica y tratamiento a pacientes enfermos o lesionados en régimen de hospitalización;
2. Debe proporcionar o explotar, ya sea en sus instalaciones o en instalaciones a disposición del hospital previamente concertadas, instalaciones médicas, diagnósticas y quirúrgicas;
3. Los cuidados y tratamientos deben ser prestados y supervisados por profesionales de la salud. Los servicios de enfermería deben prestarse las 24 horas del día y deben ser proporcionados por enfermeros o supervisados por ellos;
4. Debe estar autorizado por las leyes de la jurisdicción donde esté ubicado;
5. Debe funcionar como hospital, tal y como se define en dichas leyes; y
  - a. No debe ser principalmente una residencia de convalecencia, de descanso o de ancianos.
  - b. Institución que proporciona cuidados supervisados, educativos o de rehabilitación. El hospital debe estar acreditado por uno de los siguientes organismos:
    1. La Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (Joint Commission on the Accreditation of Hospitals);
    2. LA Asociación Americana de Hospitales Osteopáticos (American Osteopathic Hospital Association);
    3. La Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación (Commission on the Accreditation of Rehabilitative Facilities); o
    4. DNV (Det Norske Veritas).

**Hospitalización parcial** significa servicios prestados en un programa ambulatorio por un hospital o centro de tratamiento médico en el que los pacientes no residen durante un periodo completo de 24 horas.

1. Para un tratamiento integral e intensivo interdisciplinario de salud mental o trastornos por abuso de sustancias durante un mínimo de cinco horas al día, cinco días a la semana;
2. Que provea programas de formación social, psicológica y de rehabilitación centrados en la reinserción en la comunidad y admita a niños y adolescentes o adultos que deban contar con un programa de tratamiento diseñado para satisfacer las necesidades especiales de esa franja etaria; y
3. Que cuente con profesionales de la salud fácilmente disponibles para las necesidades emergentes y urgentes de los pacientes. El programa de hospitalización parcial debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales o cumplir una norma equivalente.

También se consideran servicios de hospitalización parcial los programas autorizados de rehabilitación de drogodependientes y los programas de rehabilitación de alcohólicos con licencia de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Médicas o aprobados por la agencia estatal correspondiente.

La hospitalización parcial no incluye los servicios que son para:

1. Cuidados supervisados o
2. Atención diurna.

**Indemnización por accidente de trabajo** significa la cobertura proporcionada bajo una póliza de seguro de conformidad con la Ley de Indemnización por accidente de trabajo del subtítulo A del Título 5 del Código Laboral de Texas como compensación por una lesión indemnizable durante el transcurso y alcance del empleo.

**Institución de investigación** significa la institución u otra persona o entidad que realiza un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

**Internado/Internación** significa el estado de un paciente residente en un hospital o centro de tratamiento médico que recibe servicios de hospitalización. Internación no significa detención en estado de observación. Las internaciones sucesivas se consideran una internación si son:

1. Debidas a la misma lesión corporal o enfermedad; y
2. Separadas por menos de 30 días consecutivos cuando la persona cubierta no está internada.

**Lesión cerebral adquirida** significa una lesión neurológica del cerebro que no es hereditaria, congénita ni degenerativa. La lesión cerebral se ha producido después del nacimiento y provoca un cambio en la actividad neuronal, que se traduce en un deterioro del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

**Lesión corporal** significa el daño al cuerpo distinto de la enfermedad, incluidas todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes, resultante de un traumatismo físico repentino que no pudo evitarse ni preverse con antelación. La lesión corporal debe ser la causa directa de la pérdida, independientemente de la enfermedad, dolencia corporal o cualquier otra causa. La lesión corporal derivada de una infección o de una distensión muscular debida a una actividad atlética o física se considera una enfermedad y no una lesión corporal.

**Lesión dental** significa una lesión de un diente natural sano causada por una fuerza repentina y externa que no podía predecirse de antemano ni evitarse. No incluye las lesiones por mordedura o masticación.

**Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio** es el nombre en español de la ley Patient Protection and Affordable Care Act de 2010 (Pub. L. 111-148), modificada por la ley de Conciliación de la Atención médica y la Educación de 2010 (Pub. L. 111-152).

**Límite de dispensación** significa el límite de dosis mensual del medicamento y/o el número de meses que suele ser necesario el uso del medicamento para tratar una afección concreta.

**Límite máximo de gastos de bolsillo** significa la cantidad máxima que una persona y/o familia paga cada año del plan por los servicios cubiertos por este contrato. Esta cantidad incluye copagos, deducibles para medicamentos recetados y deducibles médicos, pero no incluye:

1. Gestión de la utilización o sanciones por medicamentos recetados,
2. Servicios no cubiertos u
3. Otros límites del contrato.

Hay límites máximos de gastos de bolsillo individuales y familiares separados para proveedores participantes. Consulte el Cuadro de beneficios para conocer las cantidades específicas.

**Límite máximo familiar de gastos de bolsillo** significa que cada año del plan, una vez que una familia haya alcanzado la cantidad límite máxima familiar de gastos de bolsillo, como se indica en el Cuadro de beneficios, ninguna persona cubierta de esa familia tendrá ninguna responsabilidad de desembolso adicional por los servicios cubiertos durante el resto de ese mismo año del plan. La cantidad máxima que una persona cubierta de una familia puede aportar al límite máximo familiar de gastos de bolsillo en un año calendario es la cantidad aplicada al límite máximo de gastos de bolsillo individual.

**Mamografía de baja dosis** significa:

1. El examen radiológico de la mama utilizando un equipo dedicado específicamente a la mamografía que incluye un tubo de rayos X, un filtro, un dispositivo de compresión y pantallas con una exposición media a la radiación inferior a un rad en la mitad de la mama y con dos vistas para cada mama;
2. Mamografía digital; o
3. Tomosíntesis mamaria.

**Medicamento con leyenda** significa cualquier sustancia medicinal cuya etiqueta, en virtud de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, debe llevar la leyenda: Precaución: La ley federal prohíbe la dispensación sin receta médica.

**Medicamento de marca** significa un fármaco, medicina o medicamento que es fabricado y distribuido por un solo fabricante farmacéutico, o cualquier producto farmacéutico que haya sido designado como de marca por una fuente reconocida por la industria y que nosotros utilizamos.

**Medicamento especializado** significa un fármaco, medicina o medicamento o producto biológico utilizado como terapia especializada desarrollada para enfermedades o lesiones corporales crónicas y complejas. Los medicamentos especializados pueden:

1. Requerir servicios de enfermería o programas especiales para apoyar el cumplimiento del paciente;
2. Exigir programas de tratamiento específicos para cada enfermedad;
3. Tener requisitos de distribución limitados; o
4. Tener requisitos especiales de manipulación, almacenamiento o envío.

**Medicamento genérico** significa un fármaco, medicina o medicamento fabricado y distribuido por un fabricante farmacéutico y disponible a través de éste e identificado por un nombre químico, o cualquier producto farmacéutico que haya sido designado como genérico por una fuente reconocida por la industria y que nosotros utilizamos.

**Medicamento inyectable autoadministrado** significa un medicamento aprobado por la FDA que una persona puede administrarse a sí misma mediante inyección intramuscular, intravenosa o subcutánea, excluida la insulina, y prescrito para su uso por la persona cubierta.

**Medicamento sin marca** significa medicamento aprobado y legalmente recetado para un fin para el que no ha sido específicamente aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.

**Medicina nuclear** significa radiología en la que se introducen radioisótopos (compuestos que contienen formas radiactivas de átomos) en el cuerpo con el fin de obtener imágenes, evaluar la función de los órganos o localizar enfermedades o tumores. Enfermero significa un enfermero titulada (R.N.), enfermero con prácticas médicas con licencia (L.P.N.) o enfermero vocacional con licencia (L.V.N.).

**Médico de atención primaria o Proveedor de atención primaria (PCP)** significa un médico o proveedor que ha acordado con Community proporcionarle un centro médico al afiliado y que es responsable de proporcionar atención inicial y primaria a los pacientes, mantener la continuidad de la atención al paciente e iniciar la remisión para la atención. Los tipos de proveedores que pueden ser PCP son de cualquiera de las siguientes especialidades: Medicina general, medicina de familia, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, enfermeros con prácticas avanzadas y asistentes médicos (cuando estos enfermeros y asistentes ejercen bajo la supervisión de un médico especializado en medicina de familia, medicina interna, pediatría u obstetricia y ginecología que también cumple los requisitos para ser un PCP en virtud de este contrato), centros de salud con calificación federal (FQHC), clínicas de salud rurales (RHC) y clínicas comunitarias similares; y médicos especialistas que estén dispuestos a proporcionar un centro médico a determinados afiliados con necesidades y afecciones especiales.

**Médico especialista** significa un profesional de la salud de la red que ha recibido formación en un campo médico específico distinto de las especialidades enumeradas para un PCP.

**Médico no participante** significa un médico que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente ni ha sido contratado por nosotros como proveedor participante.

**Médico participante** significa un médico designado como tal y que ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente, o que ha sido contratado por nosotros para prestar servicios a personas cubiertas.

**Médico/a** significa: 1) una persona con licencia para ejercer la medicina en este estado; 2) una asociación profesional organizada en virtud de la Ley de Asociaciones Profesionales de Texas (Artículo 1528f de los Estatutos Civiles de Texas de Vernon); 3) una empresa sanitaria sin ánimo de lucro aprobada y certificada en virtud del Capítulo 162 del Código de Ocupaciones; 4) una facultad de medicina o unidad médica y dental, tal como se define en la sección 61.003, 61.501 o 74.601 del Código de Educación, que emplea o contrata a médicos para enseñar o prestar servicios médicos o emplea médicos y contrata a médicos en un plan de ejercicio de la medicina; o 5) cualquier persona jurídica íntegramente perteneciente a médicos.

**Mercado** significa el 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** es un mercado estructurado creado por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en el que particulares y pequeñas empresas pueden adquirir cobertura de un seguro médico privado.

**Miembro de la familia** significa el/la afiliado/a o su cónyuge, o su hijo/a, hermano/a o progenitor/a o el/la de su cónyuge.

**Necesario por motivos médicos** significa el alcance requerido de un servicio, tratamiento o procedimiento médico que un profesional de la salud proporcionaría a su paciente con el fin de diagnosticar, paliar o tratar una enfermedad o lesión corporal o sus síntomas. El hecho de que un profesional de la salud pueda prescribir, autorizar o dirigir un servicio no lo convierte por sí mismo en necesario por motivos médicos o cubierto para esta enfermedad. Dicho servicio, tratamiento o procedimiento médico debe ser:

1. De conformidad con las normas de ejercicio de la medicina reconocidas a nivel nacional e identificadas como seguras, ampliamente utilizadas y generalmente aceptadas como eficaces para el uso propuesto;
2. Clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, extensión, entorno y duración;
3. No principalmente para la comodidad del paciente o del profesional de la salud;
4. Claramente justificado y respaldado por las historias clínicas y la documentación relativa al estado del paciente;
5. Realizado en el entorno más rentable que requiera el estado del paciente;
6. Apoyado por la preponderancia de la literatura médica revisada por pares reconocida a nivel nacional, si la hubiere, publicada en lengua inglesa a la fecha del servicio; y
7. No experimental ni en investigación.

**Nosotros, nuestro(s) onuestra(s)** significa o se refiere de otro modo a la aseguradora tal y como figura en la carátula de este contrato.

**Obesidad mórbida (obesidad clínicamente grave) significa un índice de masa corporal (IMC) determinado por un profesional de la salud a la fecha del servicio de:**

1. 40 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m<sup>2</sup>); o
2. 35 kilogramos o más por metro cuadrado (kg/m<sup>2</sup>) con una afección comórbida asociada, como hipertensión, diabetes de tipo II, afecciones cardiopulmonares potencialmente mortales o enfermedades articulares tratables de no ser por la obesidad.

**Paciente de centro de cuidados paliativos** significa una persona con una enfermedad terminal a la que le quedan seis meses de vida o menos, según certifique un profesional de la salud.

**Periodo de tratamiento por trasplante de órganos** significa 365 días a partir de la fecha de alta del hospital después de un trasplante de órgano cubierto recibido mientras está cubierto por nosotros.

**Persona cubierta** significa el titular del contrato con derecho a recibir los beneficios del contrato.

**Plan de asistencia médica a domicilio** significa un plan de asistencia médica establecido con un proveedor de asistencia médica a domicilio. El plan de asistencia médica a domicilio debe constar de:

1. Cuidados con la supervisión de un enfermero u otro profesional de la salud y no para cuidados supervisados;
2. Fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y respiratoria;
3. Servicios de asistencia social médica y nutrición; o
4. Aparatos médicos, equipos y servicios de laboratorio, si los gastos incurridos por dichos suministros hubieran sido servicios cubiertos durante una internación.

Un profesional de la salud debe:

1. Revisar y aprobar el plan de asistencia médica a domicilio;
2. Certificar y verificar que el plan de asistencia médica a domicilio es necesario en lugar de la internación o una internación continuada; y
3. No estar relacionado con la agencia de asistencia médica a domicilio por propiedad o contrato.

**Plan de Beneficios de Salud a elección del consumidor** significa una póliza de seguro por accidente o de salud colectiva o individual, o constancia de cobertura que, en su totalidad o en parte, no ofrece ni proporciona beneficios de salud exigidos por el estado, pero proporciona una cobertura acreditable según se define en las secciones 1205.004(a) o 1501.102(a) del Código de Seguros de Texas.

**Profesional de la salud** significa un profesional individual, con licencia profesional expedida por la agencia estatal correspondiente, para diagnosticar o tratar una lesión corporal o enfermedad, y que presta servicios dentro del alcance de dicha licencia. Los servicios de un profesional de la salud no están cubiertos si el profesional reside en el domicilio de la persona cubierta o es un familiar.

**Programa ambulatorio intensivo** significa un programa independiente o con sede en un hospital que proporciona servicios durante al menos 3 horas al día, dos o más días a la semana, para tratar enfermedades mentales, dependencia de sustancias químicas, o se especializa en el tratamiento de enfermedades mentales coexistentes con dependencia de sustancias químicas.

**Programa de atención en centro de cuidados paliativos** significa un programa coordinado e interdisciplinario proporcionado por un centro de cuidados paliativos diseñado para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales especiales de una persona cubierta con una enfermedad terminal y de sus familiares directos, mediante la prestación de cuidados paliativos y servicios médicos, de enfermería y otros servicios de apoyo a través del cuidado domiciliario o de un paciente internado. Un centro de cuidados paliativos debe:

1. Estar autorizado por las leyes de la jurisdicción en la que esté ubicado y funcionar como centro de cuidados paliativos según lo definido por dichas leyes; y
2. Proporcionar un programa de tratamiento para al menos dos personas no relacionadas entre sí a las que se haya diagnosticado médicamente que no tienen perspectivas razonables de curación de su enfermedad y que, según las estimaciones de sus médicos, se espera que vivan menos de seis meses como consecuencia de dicha enfermedad.

Únicamente a efectos del beneficio de cuidados paliativos, se consideran familiares directos los padres, el/la cónyuge y los hijos o hijastros de la persona cubierta.

**Proveedor** significa:

1. Una persona, que no sea un médico, que esté licenciada o autorizada de otro modo para prestar un servicio de atención médica en este estado, incluso:
  - a. Quiropráctico, enfermero registrado, farmacéutico, optometrista, óptico titulado o acupuntor; o b. una farmacia, hospital u otra institución u organización;
2. Una persona jurídica que pertenece o está controlada en su totalidad por un proveedor o por un grupo de proveedores que están autorizados para prestar el mismo servicio de asistencia médica; o
3. Una persona jurídica que pertenece o está controlada en su totalidad por uno o más hospitales y médicos, incluida una organización médico-hospitalaria.

**Proveedor de servicios médicos de emergencia** significa persona que utiliza o mantiene vehículos de servicios médicos de emergencia, equipos médicos y personal de servicios médicos de emergencia para prestar servicios médicos de emergencia.

**Proveedor no participante** significa un hospital, centro de tratamiento médico, profesional de la salud u otro proveedor que no ha firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente ni ha sido contratado por nosotros como proveedor participante.

**Proveedor participante** significa un hospital, centro de tratamiento médico, profesional de la salud u otro proveedor que esté designado como tal y que haya firmado un acuerdo directo con nosotros como contratista independiente, o que haya sido contratado por nosotros para prestar servicios a personas cubiertas.

**Prueba neurofisiológica** significa una evaluación de las funciones del sistema nervioso. Tratamiento neurofisiológico significa las intervenciones centradas en las funciones del sistema nervioso. Pruebas neuropsicológicas significa la administración de una batería completa de pruebas que evalúan los puntos fuertes y débiles neurocognitivos, conductuales y emocionales y su relación con el funcionamiento normal y anormal del sistema nervioso central.

**Prueba psicofisiológica** significa una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos corporales y el comportamiento.

**Queja** significa cualquier insatisfacción expresada oralmente o por escrito por un reclamante a una organización para el mantenimiento de la salud en relación con cualquier aspecto del funcionamiento de la organización para el mantenimiento de la salud. El término incluye la insatisfacción relacionada con la administración del plan, los procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una determinación adversa, la denegación, reducción o terminación de un servicio por razones no relacionadas con la necesidad médica, la forma en que se presta un servicio y una decisión de desafiliación. Una queja no incluye un malentendido o un problema de información errónea que se resuelva rápidamente mediante la aclaración del malentendido o el suministro de la información adecuada a satisfacción del afiliado; o una expresión oral o escrita de un proveedor o persona cubierta de insatisfacción o desacuerdo con una determinación adversa.

**Receta** significa una orden directa para la preparación y el uso de un fármaco, medicamento o producto biológico. El fármaco, medicamento o producto biológico sólo debe poder obtenerse con receta médica.

La receta debe ser entregada por un profesional de la salud a un farmacéutico para el beneficio y uso de una persona cubierta para el tratamiento de una lesión corporal o enfermedad cubierta bajo este contrato. La receta puede ser entregada al farmacéutico verbalmente, electrónicamente o por escrito por el profesional de la salud.

La receta debe incluir como mínimo:

1. El nombre de la persona cubierta;
2. El tipo y la cantidad de droga, medicamento, fármaco o producto biológico recetado y las instrucciones de uso;
3. La fecha en que se prescribió la receta; y
4. El nombre y la dirección del profesional de la salud que prescribe el tratamiento.

**Reclamante** significa una persona cubierta, o un médico, proveedor u otra persona designada para actuar en nombre de una persona cubierta, que presenta una queja.

**Recuperación** significa el proceso o procesos de restauración o mejora de una función específica.

**Rehabilitación neurocognitiva** significa servicios diseñados para ayudar a las personas con discapacidad cognitiva a compensar los déficits en el funcionamiento cognitivo mediante la reconstrucción de las capacidades cognitivas y/o el desarrollo de estrategias y técnicas compensatorias.

**Salud mental** significa enfermedad mental y dependencia de sustancias químicas.

**Servicio cubierto** significa un servicio o suministro que está cubierto por este contrato, es necesario por motivos médicos y es apropiado. Para ser un servicio cubierto, el servicio no debe ser experimental o en investigación ni estar excluido o limitado de otro modo por este contrato o por cualquier enmienda. A excepción de la atención de emergencia, los servicios cubiertos sólo están disponibles dentro del área de servicio.

**Servicio dental de teleodontología** significa un servicio de asistencia médica prestado por un dentista, o un profesional de la salud que actúe por delegación y bajo la supervisión de un dentista, que actúe dentro del ámbito de la licencia o certificación del dentista o profesional de la salud a un paciente en una ubicación física distinta a la del dentista o profesional de la salud utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

**Servicios** significa procedimientos, intervenciones quirúrgicas, consultas, asesoramiento, diagnóstico, remisiones, tratamiento, suministros, medicamentos, dispositivos o tecnologías.

**Servicios ambulatorios** significa servicios que se prestan a una persona cubierta mientras no está internada como paciente hospitalizado registrado. Los servicios ambulatorios incluyen, entre otros, los servicios prestados en:

1. El consultorio de un profesional de la salud;
2. Un entorno hospitalario ambulatorio;
3. Un centro quirúrgico independiente;
4. Un centro de maternidad con licencia; o
5. Un laboratorio o clínica independiente.

**Servicios de preservación de la fertilidad** significa la recolección y preservación de espermatozoides, ovocitos no fecundados y tejidos ováricos, pero no incluye el almacenamiento de dicho material genético no fecundado.

**Servicios de rehabilitación** significa el tratamiento especializado de una enfermedad o lesión corporal que cumpla todos los requisitos siguientes:

1. Es un programa de servicios prestados por uno o más miembros de un equipo multidisciplinario;
2. Está diseñado para mejorar la función y la independencia del paciente;
3. Está bajo la dirección de un profesional de la salud cualificado,
4. Incluye un plan de tratamiento formal por escrito con objetivos y metas específicos alcanzables y mensurables;
- y
5. Puede prestarse en régimen de hospitalización o ambulatorio.

**Servicios de telesalud** significa un servicio de atención médica, que no sea un servicio médico de telemedicina, prestado por un profesional de la salud autorizado, certificado o habilitado de otro modo para ejercer en este estado y que actúa dentro del ámbito de la licencia, certificación o habilitación del profesional de la salud a una persona cubierta en una ubicación diferente a la del profesional de la salud mediante telecomunicaciones o tecnología de la información. Los servicios cubiertos prestados a una persona cubierta como servicio de telesalud están cubiertos en la misma medida en que lo estarían si se prestaran en persona.

**Servicios de transición para pacientes posagudos** significa servicios que facilitan la continuidad de la atención más allá del traumatismo neurológico inicial a través de la rehabilitación y la reintegración en la comunidad.

**Servicios de tratamiento de pacientes posagudos** significa los servicios prestados tras la internación y/o tratamiento de pacientes agudos que se basan en una evaluación de los déficits funcionales físicos, conductuales o cognitivos del individuo, que incluyen un objetivo de tratamiento para lograr cambios funcionales mediante el refuerzo, fortalecimiento o restablecimiento de patrones de conducta previamente aprendidos y/o el establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva o mecanismos compensatorios.

**Servicios de tratamiento diurno ambulatorio** significan los servicios estructurados que se prestan para tratar los déficits en las funciones fisiológicas, conductuales y/o cognitivas. Dichos servicios pueden prestarse en entornos que incluyen entornos de tratamiento residencial de transición, de integración en la comunidad o no residencial.

**Servicios durante una internación** son los servicios prestados a una persona cubierta durante su internación.

**Servicios médicos de telemedicina** significa un servicio de atención médica prestado por un médico licenciado en este estado, o un profesional de la salud actuando bajo la delegación y supervisión de un médico licenciado en este estado, y actuando dentro del ámbito de la licencia del médico o profesional de la salud a un paciente en una ubicación física diferente a la del médico o profesional de la salud utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información. Los servicios cubiertos prestados a una persona cubierta como servicio médico de telemedicina están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida en que lo estarían si se prestaran en un entorno presencial.

**Servicios preventivos** significan servicios de las siguientes recomendaciones apropiados para una persona cubierta:

1. Servicios con una calificación A o B en las recomendaciones actuales del U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Se considerarán vigentes las recomendaciones del USPSTF para análisis de detección del cáncer de mama, mamografías y prevenciones emitidas antes de noviembre de 2009;
2. Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC);
3. Atención preventiva para lactantes, niños y adolescentes prevista en las directrices integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios (HRSA); y
4. Atención preventiva para las mujeres prevista en las directrices integrales respaldadas por la HRSA.

Para conocer los servicios preventivos recomendados que se aplican a su Constancia de cobertura, consulte el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (HHS) en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) o llame al número de teléfono de servicios para afiliados que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

**Suministros para diabéticos** significa:

1. Tiras reactivas para glucómetros;
2. Tiras reactivas de orina con interpretación visual;
3. Lancetas y dispositivos de lancetas;
4. Insulina y análogos de la insulina;
5. Ayudas a la inyección;
6. Jeringas;
7. Agentes orales prescritos y no prescritos para controlar los niveles de azúcar en sangre;
8. Kits de emergencia de glucagón;
9. Hisopos con alcohol; y
10. Suministros para diabéticos nuevos o mejorados, incluida la insulina mejorada u otro medicamento recetado, aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

**Tarjetas de identificación o carnés** significan las tarjetas que recibe cada persona cubierta y que contienen nuestra dirección y número de teléfono.

**Terapia de comunicación cognitiva** significa servicios diseñados para abordar las modalidades de comprensión y expresión, incluidas la comprensión, la lectura, la escritura y la expresión verbal de la información.

**Terapia de rehabilitación cognitiva** significa servicios diseñados para abordar actividades cognitivas terapéuticas, basadas en una evaluación y comprensión del déficit cerebro-conductual del individuo.

**Terapia de reintegración a la comunidad** significa servicios que facilitan la continuidad de la atención durante las transiciones a la comunidad de una persona afectada.

**Terapia escalonada** significa un tipo de autorización previa. Podemos exigir que una persona cubierta siga ciertos pasos antes de nuestra cobertura de algunos fármacos, medicinas o medicamentos de alto costo, o productos biológicos. Podemos requerir que una persona cubierta pruebe un fármaco, medicina o medicamento similar que se haya determinado que es seguro, eficaz 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 libre, medicamentos genéricos y medicamentos de marca.

**Terapia neurocognitiva** significa servicios diseñados para abordar los déficits neurológicos en el procesamiento de la información y facilitar el desarrollo de capacidades cognitivas de nivel superior.

**Terapia neurofeedback** significa servicios que utilizan procedimientos de aprendizaje de acondicionamiento operante basados en parámetros de electroencefalografía (EEG) y están diseñados para dar lugar a una mejora del rendimiento mental y del comportamiento, así como a la estabilización del estado de ánimo.

**Titular del contrato** significa una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad y los requisitos de inscripción de este **contrato** y cuya solicitud como solicitante principal y pago de prima hayamos recibido.

**Trasplante de médula ósea** significa el trasplante de células precursoras de la sangre humana que se administran a un paciente tras una quimioterapia ablativa o mielosupresora a altas dosis. Dichas células pueden proceder de la médula ósea, de la sangre circulante o de una combinación de médula ósea y sangre circulante obtenida del paciente en un trasplante autólogo de un donante emparentado o no emparentado compatible o de sangre del cordón umbilical. Si la quimioterapia es parte integral del tratamiento que implica un trasplante de órgano cubierto de médula ósea, el término médula ósea incluye la extracción, el trasplante y los componentes de la quimioterapia.

**Trasplante de órganos cubierto** se refiere únicamente a los servicios, la atención y el tratamiento recibidos para o en relación con el trasplante preaprobado de los órganos identificados en la sección “Beneficios contractuales del afiliado”, que son servicios necesarios por motivos médicos, y que no son experimentales ni en investigación. El trasplante de varios órganos, cuando se realiza simultáneamente, se considera un solo trasplante de órganos.

**Trastorno del espectro autista** significa trastorno neurobiológico que incluye el autismo, el síndrome de Asperger o el trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otro modo. Un trastorno neurobiológico significa una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

**Tratamiento de la infertilidad** significa cualquier tratamiento, suministro, medicación o servicio administrado para lograr el embarazo o para lograr o mantener la ovulación. Esto incluye, entre otras cosas:

1. Inseminación artificial;
2. Fecundación in vitro;
3. Transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés);
4. Transferencia intratubárica 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 diagnóstica y/o terapéutica;
11. Histerosalpingografía;
12. Ultrasonografía;
13. Biopsia endometrial; y
14. Cualquier otra técnica de reproducción asistida o método de clonación.

**Tratamiento neuroconductual** significa las intervenciones centradas en el comportamiento y en las variables que lo controlan.

**Tratamiento neuropsicológico** significa las intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar los déficits en los procesos conductuales y cognitivos.

**Tratamiento psicofisiológico** significa las intervenciones destinadas a aliviar o disminuir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso debidas a factores conductuales o emocionales.

**Usual y acostumbrado** significa la tarifa habitual en la zona geográfica en la que se prestan los servicios, que se basa razonablemente en las circunstancias.

**Visita de asistencia médica a domicilio** significa los servicios de asistencia médica a domicilio prestados por cualquier profesional de la salud durante cuatro horas consecutivas o cualquier parte de las mismas.

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Bronce 016

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables. Una sola persona nunca será responsable de una cantidad superior a su deducible. Sin embargo, una combinación de todos los afiliados de un plan podría acumularse hasta alcanzar el máximo familiar.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	\$8,100
Deducible, por familia, por año del plan	\$16,200
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individual, por año del plan	\$9,200
Máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	\$18,400

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida</b>
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio médico no para Servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	\$35 (no se aplica el deducible)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	\$90 después del deducible
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos de cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$35 después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$35 después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	50 % después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	\$90 después del deducible
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	\$35 después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	\$90 después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	\$35 después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Sección 3(g).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por intervenciones quirúrgicas en hospitalización y otros servicios de médicos durante una hospitalización. Véase la sección 3(h).	\$0 después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase la sección 3(f). Exención del copago en caso de ingreso hospitalario (se aplican los gastos de hospitalización).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	\$90 después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	\$90 (no se aplica el deducible)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible  \$35 para visitas al consultorio (no se aplica el deducible)
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible  \$35 para visitas al consultorio (no se aplica el deducible)

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o visitas del proveedor que no sea un médico de atención primaria.	\$75 (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	\$90 después del deducible
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	\$90 después del deducible
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	\$90 después del deducible
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	\$90 después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	\$90 después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$90 después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase el apartado 3(l).	\$90 después del deducible por incidente

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para niños de 18 años (hasta que el niño cumpla 19 años) y</b>	Véase la sección 3(w).	\$90 después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$90 después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	Coseguro del 30 % después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	Coseguro del 30 % después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	\$90 después del deducible
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	\$35 después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	\$35 después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$60 después del deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$130 después del deducible
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	\$30 (suministro para 30 días) \$75 (suministro para 90 días) No se aplica el deducible
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$60 (suministro para 30 días después del deducible) \$150 (suministro para 90 días después del deducible)

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$130 (suministro para 30 días después del deducible)  \$325 (suministro para 90 días después del deducible)
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en “Exclusiones y limitaciones generales”. Véase la sección 5.

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Bronce 018

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables. Una sola persona nunca será responsable de una cantidad superior a su deducible. Sin embargo, la combinación de todos los afiliados de una póliza podría acumularse hasta alcanzar el máximo familiar.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	\$7,500
Deducible, por familia, por año del plan	\$15,000
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individual, por año del plan	\$9,200
Máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	\$18,400

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida</b>
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	\$50 (no se aplica el deducible)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	\$100 (no se aplica el deducible)
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos de cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	50 % después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	50 % después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	50 % después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	\$100 después del deducible
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	\$50 después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	\$100 después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	\$50 después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Sección 3(g).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por intervenciones quirúrgicas en hospitalización y otros servicios de médicos durante una hospitalización. Véase la sección 3(h).	\$0 después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase la sección 3(f). Exención del copago en caso de ingreso hospitalario (se aplican los gastos de hospitalización).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	\$100 después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	\$75 (no se aplica el deducible)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible  \$50 por visitas al consultorio (no se aplica el deducible)
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible  \$50 por visitas al consultorio (no se aplica el deducible)

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o visitas del proveedor que no sea un médico de atención primaria.	\$75 (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	\$50 (no se aplica el deducible)
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	\$50 (no se aplica el deducible)
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	\$50 (no se aplica el deducible)
<b>Atención quiropráctica</b>		
Visita quiropráctica	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	\$100 después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	\$100 después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$100 después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	\$100 después del deducible por incidente
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	Coseguro del 50 % después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$100 después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$100 después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	Coseguro del 30 % después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	Coseguro del 30 % después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	\$100 después del deducible
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	\$50 después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	\$50 después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	Coseguro del 50 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	\$25 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$50 después del deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$100 después del deducible
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	\$500 después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	\$25 (suministro para 30 días) \$62.50 (suministro para 90 días) No se aplica deducible
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$50 (suministro para 30 días después del deducible) \$125 (suministro para 90 días después del deducible)
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$100 (suministro para 30 días después del deducible) \$250 (suministro para 90 días después del deducible)
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en "Exclusiones y limitaciones generales". Véase la sección 5.

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Plata 019

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$4,250 / \$3,200 / \$500 / \$0]
Deducible, por familia, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$8,500 / \$6,400 / \$1,000 / \$0]
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individuo, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$8,500 / \$7,100 / \$3,000 / \$1,600]
Límite máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$17,000 / \$14,200 / \$6,000 / \$3,200]

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida</b>
<b>Servicios ambulatorios</b>		Plata / 73 / 87 / 94
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita (no se aplica el deducible)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita (no se aplica el deducible)
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Véase la sección 3(g).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios médicos y quirúrgicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por intervenciones quirúrgicas en régimen de hospitalización y otros servicios médicos en régimen de hospitalización. Véase la sección 3(h).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase la sección 3(f). Exención del copago en caso de ingreso hospitalario (se aplican los gastos de hospitalización).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25](no se aplica el deducible)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita al consultorio (no se aplica el deducible) Servicios ambulatorios: [40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita al consultorio (no se aplica el deducible) Servicios ambulatorios: [40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación</b>		
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o por el mismo que no sea un médico de atención primaria.	[\$65 / \$65 / \$25 / \$10] (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por día después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] después del deducible por incidente
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	[30% / 20% / 15% / 10%] después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	[30% / 20% / 15% / 10%] después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	[\$30 / \$30 / \$20 / \$5] por visita después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	[40% / 30% / 30% / 10%] después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	[\$10 / \$10 / \$10 / \$5] no se aplica el deducible
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	[\$40 / \$40 / \$25 / \$15] después del deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	[\$100 / \$80 / \$60 / \$40] después del deducible
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	[50% / 50% / 50% / 30%] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	[\$10 / \$10 / \$10 / \$5] (suministro para 30 días) [\$25 / \$25 / \$25 / \$12.50] (suministro para 90 días) (Deducible no aplicable)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	[\$40 / \$40 / \$25 / \$15] (suministro para 30 días) [\$100 / \$100 / \$62.50 / \$37.50] (suministro para 90 días) Se aplica deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	[\$100 / \$80 / \$60 / \$40] (suministro para 30 días) [\$250 / \$200 / \$150 / \$100] (suministro para 90 días) Se aplica deducible
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en “Exclusiones y limitaciones generales”. Véase la sección 5.

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Plata 020

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$5,000 / \$3,000 / \$500 / \$0]
Deducible, por familia, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$10,000 / \$6,000 / \$1,000 / \$0]
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individuo, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$8,000 / \$6,400 / \$3,000 / \$2,000]
Límite máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	Plata / Plata 73 / Plata 87 / Plata 94 [\$16,000 / \$12,800 / \$6,000 / \$4,000]

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida</b>
<b>Servicios ambulatorios</b>		Plata / 73 / 87 / 94
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] por visita (Deducible no aplicable)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] por visita (Deducible no aplicable)
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos de cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] después del deducible
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Véase la sección 3(g).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por intervenciones quirúrgicas en hospitalización y otros servicios de médicos durante una hospitalización. Véase la sección 3(h).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase la sección 3(f). Exención del copago en caso de ingreso hospitalario (se aplican los gastos de hospitalización).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	[\$60 / \$60 / \$30 / \$5] (Deducible no aplicable)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] por visita al consultorio (no se aplica el deducible)  Servicios ambulatorios: [40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] por visita al consultorio (no se aplica el deducible)  Servicios ambulatorios: [40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0] después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación</b>		
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o por el mismo que no sea un médico de atención primaria.	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] (no se aplica el deducible)
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] (no se aplica el deducible)
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] (no se aplica el deducible)
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$25] por visita después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	[30% / 20% / 15% / 10%] después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	[30% / 20% / 15% / 10%] después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	[\$80 / \$80 / \$40 / \$10] después del deducible
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$0] después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	[40% / 40% / 30% / 25%] después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	[\$0 / \$0 / \$0 / \$0]
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	[\$20 / \$20 / \$10 / \$0] No se aplica el deducible
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$15] (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	[\$80 / \$80 / \$60 / \$50] después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	[\$350 / \$350 / \$250 / \$150] después del deducible
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	[\$20 / \$20 / \$10 / \$0] (suministro para 30 días)  [\$50 / \$50 / \$25 / \$0] (suministro para 90 días)  (Deducible no aplicable)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	[\$40 / \$40 / \$20 / \$15] (suministro para 30 días)  [\$100 / \$100 / \$50 / \$37.50] (suministro para 90 días)  Se aplica deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	[\$80 / \$80 / \$60 / \$50] (suministro para 30 días)  [\$200 / \$200 / \$150 / \$125] (suministro para 90 días)  Se aplica deducible
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en "Exclusiones y limitaciones generales". Véase la sección 5.

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Oro 021

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección "Gestión de beneficios contractuales" del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	\$1,500
Deducible, por familia, por año del plan	\$3,000
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individuo, por año del plan	\$7,800
Límite máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	\$15,600

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje del importe permitido</b>
<b>Servicios ambulatorios</b>		
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	\$30 (deducible no aplicable)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	\$60 (deducible no aplicable)
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	25 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	25 % después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	25 % después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	25 % después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	25 % después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	\$60 después del deducible
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	\$60 después del deducible
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	\$60 después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	\$30 después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="http://www.hhs.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">//www.hhs.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Véase la sección 3(g).	25 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por cirugías en hospitalización y otros servicios médicos en hospitalización. Véase la sección 3(h).	\$0 después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase el apartado 3(f).	25 % después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	\$60 después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	\$45 (deducible no aplicable)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$30 por visitas al consultorio (no se aplica el deducible)  25 % para Servicios ambulatorios después del deducible
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$30 por visitas al consultorio (no se aplica el deducible)  25 % para Servicios ambulatorios después del deducible
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	25 % después del deducible
<b>Servicios médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	25 % después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación</b>		

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o por el mismo que no sea un médico de atención primaria.	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluida la terapia ocupacional y la fisioterapia.	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	\$60 después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	\$60 después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	25 % después del deducible
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$60 después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	25 % después del deducible
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	\$60 después del deducible por incidente
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	25 % después del deducible
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$60 después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$60 después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	30 % después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	30 % después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	\$60 por visita después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	\$30 después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	\$30 después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la sección 3(s).	25 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	\$15 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$60 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	\$250 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	\$15 (suministro para 30 días) \$37.50 (suministro para 90 días) (Deducible no aplicable)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$30 (suministro para 30 días) \$75 (suministro para 90 días) Se aplica deducible
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$60 (suministro para 30 días) \$150 (suministro para 90 días) Se aplica deducible
<b>Servicios no cubiertos</b>		

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	<p>Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en “Exclusiones y limitaciones generales”. Véase la sección 5.</p>

## Cuadro de beneficios - Community Ultra Select Oro 022

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	\$1,800
Deducible, por familia, por año del plan	\$3,600
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individuo, por año del plan	\$9,200
Límite máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	\$18,400

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida</b>
<b>Servicios ambulatorios</b>		
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	\$15 (Deducible no aplicable)
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	\$30 (Deducible no aplicable)
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de habilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	30 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos de cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	30 % después del deducible
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$15 después del deducible
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$15 después del deducible
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	30 % después del deducible
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	\$30 después del deducible
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	\$30 después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	\$30 después del deducible
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	\$15 después del deducible
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Véase la sección 3(g).	30 % después del deducible
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por cirugías en hospitalización y otros servicios médicos en hospitalización. Véase la sección 3(h).	\$0 después del deducible
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase el apartado 3(f).	30 % después del deducible
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	\$30 después del deducible
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	\$30 (no se aplica el deducible)
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$15 para visitas al consultorio (no se aplica el deducible)  30 % para servicios ambulatorios después del deducible
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$15 para visitas al consultorio (no se aplica el deducible)  30 % para servicios ambulatorios después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Véase la sección 3(k).	30 % después del deducible
<b>Servicios médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Véase la sección 3(k).	30 % después del deducible
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	\$0 después del deducible
<b>Terapia de rehabilitación</b>		
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o por el mismo que no sea un médico de atención primaria.	\$30 después del deducible
<b>Servicios de habilitación</b>	Véase la sección 3(m).	\$30 después del deducible
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	\$30 después del deducible
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	\$30 después del deducible
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	\$30 después del deducible
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	\$30 después del deducible
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	30 % después del deducible
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$30 después del deducible
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	30 % después del deducible

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	\$30 después del deducible por incidente
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Véase la sección 3(l).	30 % después del deducible
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$30 después del deducible
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$30 después del deducible
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	30 % después del deducible
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	30 % después del deducible
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	\$30 por visita después del deducible
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	\$15 después del deducible
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	\$15 después del deducible
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Para otros servicios de trasplante cubiertos, se aplicarán los copagos de otros beneficios, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	30 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	\$10 (No se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$50 (no se aplica el deducible)
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$100 después del deducible
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	40 % después del deducible
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	\$10 (suministro para 30 días) \$25 (suministro para 90 días) (Deducible no aplicable)

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje de la cantidad permitida
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$50 (suministro para 30 días) \$125 (suministro para 90 días) (Deducible no aplicable)
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$100 (suministro para 30 días) \$250 (suministro para 90 días) (Se aplica deducible)
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE.UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en “Exclusiones y limitaciones generales”. Véase la sección 5.

## Cuadro de beneficios (Todos los planes - Variación de costo cero)

Este Cuadro de beneficios resume la información sobre los beneficios de los servicios cubiertos que se describen detalladamente en la sección “Gestión de beneficios contractuales” del presente contrato. Lea todo el contrato detenidamente para comprender todos los términos, las condiciones, las exclusiones y las limitaciones aplicables.

<b>Deducible médico y de farmacia (combinado)</b>	
Deducible, por individuo, por año del plan	\$0
Deducible, por familia, por año del plan	\$0
<b>Límite máximo de gastos de bolsillo</b>	
Límite máximo de gastos de bolsillo, por individuo, por año del plan	\$0
Límite máximo de gastos de bolsillo, por familia, por año del plan	\$0

<b>Beneficio</b>	<b>Descripción</b>	<b>Copago/ Porcentaje del importe permitido</b>
<b>Servicios ambulatorios</b>		
<b>Visita al consultorio de atención primaria</b>	Visita al consultorio del médico no para servicios de atención preventiva. Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Visita a un especialista</b>	Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Servicios ambulatorios</b>	Los servicios ambulatorios y los servicios de rehabilitación están sujetos a costos compartidos diferentes según se trate de una visita al consultorio o de otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Honorario del centro cirugía ambulatoria</b>	Servicios hospitalarios ambulatorios prestados en un centro ambulatorio o en un hospital sin ingreso. Véase la sección 3(g).	\$0
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos de cirugía ambulatoria</b>	Honorarios profesionales por procedimientos quirúrgicos ambulatorios o a pacientes no hospitalizados. Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Análisis de laboratorio ambulatorio</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$0
<b>Radiografías y diagnóstico por imagen ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$0
<b>TC/PET/RM ambulatorias y otros procedimientos diagnósticos ambulatorios</b>	Véanse las secciones 3(g) y 3(h).	\$0
<b>Diálisis</b>	Por visita para diálisis. Véase la sección 3(g).	\$0
<b>Análisis y tratamientos de la alergia</b>	Por visita para tratamientos antialérgicos. Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Quimioterapia, radioterapia y terapia de infusión</b>	Véase la sección 3(m).	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Asesoramiento nutricional</b>	Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Servicios de atención preventiva</b>		
<b>Servicios de atención preventiva</b>	Los servicios de atención preventiva están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de servicios de atención preventiva cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Inmunizaciones</b>	Las inmunizaciones adecuadas para la edad están cubiertas por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte la lista vigente de atención preventiva cubierta en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(o).	\$0
<b>Servicios hospitalarios</b>		
<b>Servicios de hospitalización</b>	Copago por cada día de servicios de hospitalización. Véase la sección 3(g).	\$0
<b>Servicios quirúrgicos y de médicos para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por intervenciones quirúrgicas en hospitalización y otros servicios de médicos durante una hospitalización. Véase la sección 3(h).	\$0
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Servicios de la sala de emergencias</b>	Por episodio de servicios de la sala de emergencia. Véase la sección 3(f). Exención del copago en caso de ingreso hospitalario (se aplican los gastos de hospitalización).	\$0
<b>Servicios de transporte de emergencia</b>	Véase la sección 3(u).	\$0
<b>Servicios de atención urgente</b>		
<b>Centro de urgencias</b>	Véase la sección 3(v).	\$0
<b>Atención ambulatoria de salud mental y tratamiento de trastornos por abuso de sustancias</b>	Los servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de rehabilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en centros de salud están sujetos a coseguro.	
<b>Servicios ambulatorios de salud mental</b>	Visita ambulatoria de salud mental realizada a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$0
<b>Servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias</b>	Visita ambulatoria por trastorno por abuso de sustancias a un profesional de la salud o visita del profesional. Véase la sección 3(k).	\$0
<b>Atención hospitalaria de salud mental</b>		
<b>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Copago por cada día de servicios de hospitalización. Véase la sección 3(k).	\$0
<b>Servicios médicos de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos de salud mental para pacientes hospitalizados. Véase la sección 3(k).	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Copago por cada día de servicios para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase el apartado 3(k)	\$0
<b>Servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias</b>	Honorarios profesionales por servicios de médicos para pacientes hospitalizados con trastornos por abuso de sustancias. Véase la sección 3(k).	\$0
<b>Terapia de rehabilitación</b>		
<b>Terapia de rehabilitación ambulatoria</b>	Limitado a las visitas de terapia de rehabilitación ambulatoria y necesaria por motivos médicos a un proveedor participante o por el mismo que no sea un médico de atención primaria.	\$0
<b>Servicios de habilitación</b> Servicios ambulatorios de salud mental/conductual, los servicios ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias y los servicios de habilitación están sujetos a diferentes costos compartidos dependiendo de si el servicio es una visita al consultorio u otro servicio ambulatorio. Las visitas al consultorio están sujetas a copagos, mientras que los servicios prestados en un centro están sujetos a coseguro.	Véase la sección 3(m).	\$0
<b>Logopedia</b>	Limitado a necesario por motivos médicos	\$0
<b>Terapia ocupacional rehabilitadora y fisioterapia rehabilitadora</b>	Limitada a la terapia de rehabilitación necesaria por motivos médicos, incluidas la terapia ocupacional y la fisioterapia.	\$0
<b>Atención quiropráctica</b>		
<b>Visita quiropráctica</b>	La atención quiropráctica está limitada a 35 visitas al año. Véase la sección 3(m).	\$0
<b>Asistencia médica a domicilio</b>		
<b>Visita médica a domicilio</b>	Visita médica a domicilio realizada a un proveedor participante o por el proveedor que no sea un médico de atención primaria. La cobertura de todos los servicios médicos a domicilio se limita a 60 visitas por año del plan. Véase la sección 3(i).	\$0
<b>Centro de enfermería especializada</b>		
<b>Centro de enfermería especializada</b>	Copago por cada día de servicios en un centro de enfermería especializada. La cobertura se limita a 25 días por año del plan. Véase la sección 3(r).	\$0
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>		
<b>Servicios de centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$0
<b>Servicios de hospitalización en centro de cuidados paliativos</b>	Los costos compartidos y las limitaciones dependen del tipo y el lugar del servicio. Véase la sección 3(j).	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Servicios de maternidad</b>		
<b>Servicios profesionales de atención prenatal y posnatal</b>	Copago por cuidados de maternidad prestados por un proveedor participante. Véase la sección 3(l).	\$0
<b>Parto y todos los servicios de hospitalización por maternidad</b>	Copago por cada día de servicios de hospitalización. Véase la sección 3(l).	\$0
<b>Servicios pediátricos para la vista</b>		
<b>Examen rutinario de la vista para menores de 18 años (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$0
<b>Gafas para niños de 18 años o menos (hasta que cumplan 19)</b>	Véase la sección 3(w).	\$0
<b>EMD/Aparatos médicos ortopédicos/protésis y audífonos</b>		
<b>Equipos médicos duraderos</b>	Véase la sección 3(e).	\$0
<b>Audífonos</b>	Véase la sección 3(e).	\$0
<b>Servicios y educación para diabéticos</b>		
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	Véase la sección 3(d).	\$0
<b>Educación para el diabético</b>	Véase la sección 3(d).	\$0
<b>Control de la diabetes</b>	Véase la sección 3(d).	\$0
<b>Servicios de trasplante</b>		
<b>Servicios de trasplante para pacientes hospitalizados</b>	Copago por cada día de servicios de hospitalización para trasplante. Para otros Servicios de Trasplante cubiertos, se aplicarán los Copagos de otras prestaciones, según corresponda. Véase la Sección 3(s).	\$0
<b>Medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos preventivos</b>	Ciertos medicamentos preventivos están cubiertos por el plan al 100 %, sin deducible. Consulte los medicamentos preventivos con cobertura vigente en <a href="https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits/</a> . Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos genéricos</b>	Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos especializados</b>	Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos recetados de entrega por correo</b>		
<b>Medicamentos genéricos</b>	Medicamentos genéricos del Formulario obtenidos a través del servicio de venta por correo. Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos de marca preferida</b>	Medicamentos de marca preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$0
<b>Medicamentos de marca no preferida</b>	Medicamentos de marca no preferida del Formulario obtenidos a través del servicio de pedidos por correo. Véase la sección 3(n).	\$0

Beneficio	Descripción	Copago/ Porcentaje del importe permitido
<b>Servicios no cubiertos</b>		
<b>Servicios que NO cubre su plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupuntura</li> <li>- Cirugía bariátrica</li> <li>- Atención dental (adultos y niños)</li> <li>- Oftalmología (Adultos)</li> <li>- Cuidados de larga duración</li> <li>- Atención no de emergencia en viajes fuera de EE. UU.</li> <li>- Atención oftalmológica de rutina (adultos)</li> <li>- Programas de pérdida de peso</li> <li>- Tratamiento de la infertilidad</li> <li>- Cirugía estética</li> </ul>	<p>Repase la Constancia de cobertura para ver la lista completa en “Exclusiones y limitaciones generales”. Véase la sección 5.</p>

# ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

La ley federal exige que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MARKETPLACE)

### La discriminación es contraria a la ley

Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye ni trata de forma diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

### Community Health Choice, Inc.:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas cualificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Community Health Choice, Inc. también capacita al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Atención al Afiliado llamando al 1.855.315.5386 o TDD/TTY 711.

Si cree que Community Health Choice Texas, Inc. no ha prestado estos servicios o ha discriminado en otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

### Community Health Choice

Attn: Service Improvement Department  
4888 Loop Central Drive, Suite 600  
Houston, Texas 77081

**Teléfono:** 1.855.315.5386 TDD/TTY 711

**Fax:** 713.295.7036

**Correo electrónico:** [ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org](mailto:ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org)

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 713.295.6704 o envíe un correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

### U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**Teléfono:** 1.800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

**Los formularios de queja están disponibles en** <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

<p><b>Arabic</b> عیبرعلا</p> <p>تامدخ نإف ،ةغللا ركذا ثدحتت تنك اذا :ةظوحلم لصتا .ن اجملاب كل رفاوتت ةيوعلل ادعاسملا مقرب 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Chinese</b></p> <p>注意：如果 使用繁體中文， 可以免費獲得 語言援助服務。請致電 1.855.315.5386</p>
<p><b>English</b></p> <p>ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.855.315.5386.</p>
<p><b>French</b></p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des ser- vices d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez 1.855.315.5386.</p>
<p><b>German</b></p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfs- dienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Gujarati</b></p> <p>સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Hindi</b></p> <p>ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.855.315.5386 पर कॉल करें।</p>
<p><b>Japanese</b></p> <p>注意事項：日本語を話される場合、 無料の言語支援をご利用いただけま す。1.855.315.5386まで、お電話にてご連絡 ください。</p>

<p><b>Korean</b></p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지 원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.855.315.5386번으로 전화해 주십시오</p>
<p><b>Lao</b></p> <p>ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Persian</b></p> <p>دی نک یم وگتفگ یسراف نابز ماب رگا :هجوت مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی هسرت دی ریگب سامت 1.855.315.5386 اب .دشاب یم</p>
<p><b>Russian</b></p> <p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Spanish</b></p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su dis- posición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Tagalog</b></p> <p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Urdu</b></p> <p>وت، یہ ے تل وب ودر اپ آرگ انرا در بخ تامدخ ی ک دوم ی ک نابزوک پ آ ی رک ل اک - ی ہ ب ای ت س د ی م ت ف م 1.855.315.5386.</p>
<p><b>Vietnamese</b></p> <p>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.855.315.5386.</p>







