



EVIDENCIA DE COBERTURA INDIVIDUAL DE LA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ATENCIÓN MÉDICA

Este plan de atención médica de la Organización para el mantenimiento de la salud para la elección de beneficios para el consumidor, en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en Evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios de planes de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Consulte con Su agente de seguros para descubrir qué beneficios exigidos por el estado se excluyen de esta Evidencia de cobertura.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA NO ES UNA PÓLIZA COMPLEMENTARIA DE MEDICARE. Si usted es elegible para Medicare, revise la Guía sobre el seguro médico para las personas con Medicare disponible de la compañía.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGURO PARA INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA PUEDE SER ADQUIRIDA A TRAVÉS DEL MERCADO FEDERAL DE SEGUROS DE SALUD (EN ADELANTE “EL MERCADO”) O PUEDE ADQUIRIRSE DIRECTAMENTE DE SCOTT AND WHITE HEALTH PLAN.

Oficina corporativa
1206 West Campus Drive
Temple, TX 76502
254-298-3000
844-633-5325

Evidencia de cobertura

Scott and White Health Plan (en adelante, el “Emisor”)

Esta Evidencia de cobertura, Su Solicitud de inscripción completada y aceptada, el Programa de beneficios, las Cláusulas adicionales, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas a esos documentos, constituyen el Acuerdo completo entre las partes. Ningún agente u otra persona, excepto el director general del Emisor, tiene la autoridad de dejar eximida una condición o una restricción del Acuerdo, de extender el tiempo para hacer un pago, o de obligar al Emisor mediante una promesa o una representación, o al dar o recibir alguna información.

Si Usted adquirió este Plan mediante el Mercado, en ningún caso se considerará que el Emisor es el agente del Mercado o el responsable del Mercado. Toda información que Usted brinde al Mercado y que reciba del Mercado será considerada exacta y completa. Se notificará inmediatamente al Mercado y al Emisor cualquier cambio en dicha información.

Considerando la Solicitud de inscripción completada y aceptada y el pago oportuno de los Pagos obligatorios, el Emisor acepta proporcionar o coordinar los beneficios cubiertos como se describe en esta Evidencia de cobertura.

Considerando la prestación o la coordinación por parte del Emisor de los beneficios cubiertos especificados en esta Evidencia de cobertura y sujetos a los términos, el Suscriptor se compromete a pagar a término todos los Pagos obligatorios y a cumplir con todos los términos del Acuerdo y todas las leyes locales, estatales y federales correspondientes.

En el caso de un aumento de tarifa, el Emisor brindará un aviso por escrito, al menos, sesenta (60) días antes de la entrada en vigor de dicho aumento, y deberá incluir el monto de la Prima en dólares antes y después del cambio, y la diferencia porcentual entre ambos montos. Una vez que el Suscriptor recibe esta Evidencia de cobertura del Emisor, tiene diez (10) días para examinarla. Si, después de examinarla, el Suscriptor no está satisfecho por alguna razón, puede devolverla dentro del período de 10 días y le devolverán la Prima que haya pagado. Sin embargo, si los Miembros reciben algún beneficio cubierto antes de devolver esta Evidencia de cobertura, el Suscriptor será responsable por el costo de tales beneficios.

La cobertura que se proporciona según a esta Evidencia de cobertura es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) , no un seguro por indemnización.

El Emisor certifica que ha emitido un plan de beneficios para la atención médica (en adelante, el “Plan”) para el Suscriptor y cualquier Dependiente cubierto. La Fecha de entrada en vigor de la cobertura según el Acuerdo será aquella que figure en la Tarjeta de identificación del Miembro y que fuera confirmada por el Emisor. El Acuerdo se mantendrá vigente durante un (1) año a partir de la Fecha de entrada en vigor hasta su finalización, de acuerdo con los términos de la sección **Finalización de la cobertura** de esta Evidencia de cobertura.

El Emisor no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del Plan, incluidas las determinaciones de inscripción y beneficios.



Jeffrey C. Ingrum
Presidente y director general
Scott and White Health Plan
1206 West Campus Drive
Temple, Texas 76502

¿Tiene una queja o necesita ayuda?

Si tiene algún problema con un reclamo o con su prima, primero llame a su compañía de seguros o HMO. Si no puede resolver la situación, es posible que el Departamento de Seguros de Texas pueda ayudarle.

Aun cuando presente una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, también deberá presentar una queja o una apelación ante su compañía de seguros o HMO. Si no lo hace, podría perder su derecho a apelar.

Scott and White Health Plan

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

Por teléfono: Servicio al Cliente al 254-298-3000

Número gratuito: 844-633-5325

Por Internet: swhp.org

Correo electrónico: SWHPAPPEALSANDGRIEVANCES@BSWHealth.org

Dirección postal: 1206 West Campus Drive, Temple, TX 76502

Departamento de Seguros de Texas

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

Llame a este número para hacer preguntas: 800-252-3439

Presente una queja en el siguiente sitio web: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091

Have a complaint or need help?

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

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

Scott and White Health Plan

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

Call: Servicio al Cliente al 254-298-3000

Toll-free: 844-633-5325

Online: swhp.org

Correo electrónico: SWHPAPPEALSANDGRIEVANCES@BSWHealth.org

Dirección postal: 1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502

The Texas Department of Insurance

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

Call with a question: 800-252-3439

File a complaint: www.tdi.texas.gov

Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Dirección postal: MC 111-1A, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091

Índice

Introducción	7
• Información de contacto importante	7
Definiciones	8
Cómo funciona el plan	25
• Nuestro derecho a tener contratos con proveedores	25
• Red del Plan	25
• Médico de atención primaria	25
• Médico especialista	26
• Proveedores participantes	26
• Proveedores no participantes	26
• Continuidad de la atención	27
• Negativa a aceptar el Tratamiento	28
• Necesidad médica	28
• Revisión de utilización	28
• Apelación de una Determinación adversa	30
• Programa de administración de casos	32
• Programa de atención integral de las enfermedades	32
• Prueba de cobertura	32
• Tarjeta de identificación	33
• Finalización de la cobertura	33
• Restablecimiento de la cobertura	34
Elegibilidad e inscripción	35
• Tipos de cobertura	35
• Disposiciones de elegibilidad	35
• Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigor de la cobertura	36
• Incontestabilidad	38
• Requisitos adicionales	39
Pagos obligatorios	40
• Monto permitido	40
• Deducibles	40
• Copagos	40
• Máximo de bolsillo	40
• Valor actuarial	41
• Variación de los costos compartidos	41
• Primas	41
• Subrogación y coordinación de pagos de beneficios	42
• Período de gracia y cancelación de cobertura	42
Beneficios médicos	43
• Beneficios médicos esenciales	43
• Servicios médicos	43
• Medicamentos recetados administrados en el consultorio o la clínica	44
• Servicio de telesalud y visitas virtuales	44
• Otro Servicio de telesalud y Servicio médico de Telemedicina	44
• Atención de emergencia	44

• Atención de urgencia	45
• Traslado en Ambulancia	45
• Atención preventiva	46
• Servicios en el Hospital.....	48
• Centro de enfermería especializada.....	49
• Cuidado de la salud mental	49
• Terapia de rehabilitación y habilitación	50
• Atención médica a domicilio	51
• Terapia de infusión en el hogar	51
• Cuidados paliativos.....	52
• Atención de maternidad.....	52
• Planificación familiar	53
• Equipo médico duradero y dispositivos	53
• Diagnóstico por imágenes y radiología	55
• Cirugía estética, reconstructiva o plástica.....	56
• Síndrome por disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM)	56
• Atención dental accidental limitada.....	56
• Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos	57
• Fenilcetonuria o Enfermedad metabólica hereditaria	57
• Cuidado de la diabetes	57
• Trasplantes de órganos y tejido	58
• Lesión cerebral adquirida	59
• Trastorno del espectro autista	59
• Ensayos clínicos: cuidado de rutina del paciente	60
• Cuidado pediátrico de la vista	61
Beneficios de farmacia	62
• Medicamentos recetados cubiertos, productos farmacéuticos y otros medicamentos	62
• Formulario basado en evidencia	62
• Solicitud de información sobre el Formulario	63
• Listas de Formularios.....	63
• Medicamentos recetados especializados.....	64
• Requisitos de autorización	64
• Resurtido de Medicamentos recetados	64
• Medicamentos recetados de mantenimiento	65
• Copago y Deducible.....	65
• Medicamentos contra el cáncer para uso oral.....	65
• Interrupción de Medicamentos recetados o infusiones intravenosas	65
Exclusiones y limitaciones	66
Procedimientos para la presentación de reclamos, quejas y apelaciones	74
• Procedimiento para la presentación de reclamos.....	74
• Omitir presentar un Reclamo en el término de 60 días	74
• Acuse de recibo del Reclamo	74
• Aceptación o rechazo del Reclamo	75
• Pago del Reclamo	75
• Pago al Médico o al proveedor.....	75
• Examen físico o autopsia	75
• Procedimiento para la presentación de quejas.....	75

• Apelación de las Quejas	76
• Arbitraje vinculante voluntario	77
Medicare y Subrogación	78
• Medicare	78
• Efecto sobre los beneficios del Plan	78
• Medio de pago	78
• Subrogación/gravamen/cesión/reembolso	78
Coordinación de beneficios	82
• Definiciones	82
• Reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios	84
• Efecto sobre los beneficios de este plan	86
• Cumplimiento con las leyes federales y estatales en materia de información confidencial.....	87
• Facilidad de pago.....	87
• Derecho de recuperación	87
Disposiciones generales.....	88
• Cesión	88
• Confidencialidad.....	88
• Conformidad con la ley estatal.....	88
• Limitaciones en las acciones	88
• Modificación de los términos del Acuerdo.....	88
• Ausencia de dispensa	88
• Aviso	89
• Aviso de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC)	89
• Registros	89
• Recuperación.....	89
• Denuncia de fraudes en la atención médica	90
• Divisibilidad	91
• Jurisdicción	91
Avisos requeridos	92
• Aviso de derechos: Art. 11.1612(c) del Título 28 del Código Administrativo de Texas (TAC)	92
• Número gratuito especial para Quejas	92
• Avisos de beneficios obligatorios	92

Introducción

En esta Evidencia de cobertura, “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro” se refieren al Emisor. “Usted” es el Suscriptor, cuya Solicitud de inscripción ha sido aceptada por Nosotros. La palabra “Miembro” se refiera a Usted y a los Dependientes cubiertos según el Plan.

Esta Evidencia de cobertura explicará lo siguiente:

- Los derechos y las responsabilidades de los miembros, y Nuestros derechos y responsabilidades
- Los beneficios cubiertos y la forma de recibirlos
- Los costos de los que se hará cargo el Suscriptor.

Los términos definidos en esta Evidencia de cobertura están en mayúscula y aparecen en la disposición correspondiente, o se encuentran en la sección de **Definiciones** de esta Evidencia de cobertura.

Lea atentamente toda la Evidencia de cobertura y, en especial, cualquier sección que sea relevante según las necesidades de atención médica particulares del Miembro.

Información de contacto importante

Recurso	Información de contacto	Horario de atención
Sitio web	swhp.org	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Dirección de correo	1206 West Campus Drive Temple, Texas 76502	Durante las 24 horas, los 7 días de la semana
Servicio al Cliente	844-633-5325 TTY Line 711	Lunes a viernes 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora central)

El Servicio al Cliente puede hacer lo siguiente:

- Identificar el Área de servicio del Miembro
- Proporcionar información a los Miembros sobre los Proveedores participantes
- Asistir a los Miembros con sus consultas sobre los Proveedores participantes
- Proporcionar formularios de Reclamos
- Contestar preguntas de los Miembros sobre Reclamos
- Proporcionar información sobre las características del Plan
- Asistir a los Miembros con las preguntas sobre beneficios cubiertos

Contamos con un servicio gratuito para ayudar a los Miembros que hablan otro idioma que no sea el inglés. Este servicio permite que el Miembro y su Médico puedan conversar sobre las inquietudes médicas o de salud conductual del Miembro.

Tenemos representantes que hablan en español e intérpretes médicos que colaboran con otros idiomas.

Los Miembros que sean ciegos o sordos, o bien que tengan dificultades visuales, auditivas o del habla, también pueden comunicarse con Nosotros al 844-633-5325(línea TTY 711) para solicitar servicios de interpretación oral.

Definiciones

Los siguientes términos definidos tendrán el significado específico que se establece a continuación y aparecerán en mayúscula cuando se los utilice en esta Evidencia de cobertura.

Acontecimiento desencadenante se refiere a un acontecimiento que permite que una persona solicite la inscripción en la cobertura fuera del Período de inscripción abierta.

Acuerdo es el contrato legal entre el Emisor y el Suscriptor que incluye esta Evidencia de cobertura, la Solicitud de inscripción, el Programa de beneficios y las Cláusulas adicionales, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas a dichos documentos.

Agencia de atención médica a domicilio se refiere a una empresa que proporciona Atención médica a domicilio y que está autorizada, aprobada o certificada por la agencia correspondiente del estado donde se encuentra ubicada, o está certificada por Medicare como proveedora de Atención médica a domicilio.

Ambulancia se refiere un vehículo especialmente diseñado y equipado, autorizado para transportar enfermos y heridos.

Año calendario se refiere al período de doce (12) meses desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

Año del plan se refiere al período anual que comienza en el aniversario de la Fecha de entrada en vigor del Plan.

Apelación es una solicitud oral o escrita para el Emisor a fin de que revierta una determinación de denegación previa.

Área de servicio es el área geográfica en la que el Emisor puede ofrecer esta Evidencia de cobertura.

Atención de emergencia se proporciona en un Centro de emergencia de un Hospital, Centro de atención médica de emergencia independiente o Centro comparable a fin de evaluar y estabilizar afecciones médicas de intensidad y aparición recientes, por ejemplo, un dolor intenso que haría pensar a una persona prudente, con un conocimiento promedio de medicina y salud, que su afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que sin atención médica inmediata podría provocar las siguientes consecuencias:

- Riesgo grave para la salud.
- Deterioro grave de funciones corporales.
- Disfunción grave de algún órgano o alguna parte del cuerpo.
- Desfiguramiento grave.
- En el caso de una mujer embarazada, podría causar un grave riesgo para la salud del feto.
- En el caso de una mujer con contracciones, no hay tiempo suficiente para hacer un traslado seguro a otro Hospital antes del parto, o si el traslado puede ser una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Atención de salud mental se refiere a alguno de los siguientes servicios:

- El diagnóstico o el Tratamiento de una enfermedad, un trastorno o una afección mental incluidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, y sus versiones revisadas, u otro sistema de códigos diagnósticos utilizados por Nosotros, ya sea que la causa de la enfermedad, del trastorno o de la afección sea física, química o mental en su naturaleza u origen.
- El diagnóstico o el Tratamiento de los síntomas, la afección, la enfermedad o el trastorno por parte de un Médico, un Proveedor de salud conductual o un Profesional de la salud (o toda persona que trabaje

bajo la dirección o la supervisión de un Médico, un Proveedor de salud conductual o un Profesional de la salud), como resultado de lo siguiente:

- Psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta
- Asesoramiento
- Psicoanálisis
- Prueba y evaluación psicológica
- La administración o el monitoreo de medicamentos psicotrópicos
- Visitas al Hospital o consultas en un Centro
- Tratamiento electroconvulsivo.
- Medicamentos psicotrópicos.
- Cualquiera de los servicios previamente mencionados, realizados por un Proveedor participante.

Atención de urgencia se refiere a la atención proporcionada para el Tratamiento inmediato de una afección médica que requiere atención médica sin demora, pero en la cual un breve lapso de tiempo antes de recibir la atención no pondrá en peligro la vida ni la salud permanente. Las afecciones de urgencia son, entre otras, esguinces leves, fracturas, dolor, agotamiento por el calor y dificultades para respirar que no sean de carácter repentino ni de intensidad continua. La afección de urgencia de un paciente en particular se puede considerar urgente tras la evaluación de un Proveedor participante.

Atención después del parto se refiere a la atención puerperal proporcionada de conformidad con la evaluación materna o neonatal aceptada, que incluye, entre otros, educación de padres, asistencia y capacitación en lactancia y alimentación con biberón, y la realización de los ensayos clínicos necesarios y adecuados.

Atención médica a domicilio se refiere a los beneficios que, conforme al Plan, proporciona una Agencia de atención médica a domicilio durante una visita a un Miembro que está confinado en su hogar debido a una enfermedad o lesión que requiere atención médica especializada de forma intermitente y a medio tiempo.

Atención preventiva se refiere a lo siguiente, tal como se define con más detalle y se interpreta en la guía de la agencia, las normativas y las leyes correspondientes:

- Artículos o servicios basados en la evidencia con una calificación de “A” o “B” del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE. UU. (USPSTF).
- Vacunaciones de rutina en niños, adolescentes y adultos con una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Atención preventiva informada por la evidencia y pruebas de detección para bebés, niños y adolescentes especificadas en las pautas que respalda la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).
- Atención preventiva informada por la evidencia y pruebas de detección para mujeres especificadas en las pautas que respalda la HRSA y que no aborda de otro modo el USPSTF.

Autorización previa se refiere a una forma de Revisión de utilización anticipada por parte del Emisor o el agente de Revisión de utilización del Emisor de la atención médica propuesta para proporcionar a un Miembro.

Beneficios de farmacia se refiere a los Medicamentos recetados cubiertos Médicamente necesarios indicados para tratar a un Miembro por una enfermedad o afección aguda, crónica, incapacitante o potencialmente mortal que están incluidos en la sección **Beneficios de farmacia** de esta Evidencia de cobertura, sus enmiendas o cláusulas adicionales, y que receta un Proveedor participante y despacha una Farmacia participante.

Beneficios médicos esenciales es el término utilizado para describir los beneficios médicos que están compuestos por categorías generales, y artículos y servicios cubiertos en dichas categorías, tal como se define en la Sección 1302(b) de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asegurable (PPACA).

Beneficios médicos se refiere a los beneficios cubiertos Médicamente necesarios que están incluidos en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura, y a las enmiendas o Cláusulas adicionales. Un Proveedor participante, un Hospital participante o un Médico de remisión realiza, receta o autoriza dichos beneficios.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes se refiere a alguna de las siguientes capacitaciones o instrucciones brindadas por un Proveedor participante después del diagnóstico inicial de diabetes:

- Instrucciones para el cuidado y el control de la afección.
- Asesoramiento nutricional.
- Asesoramiento en el uso adecuado de los equipos y los suministros para la diabetes.
- Necesidad de capacitación o instrucción posterior debido a un cambio significativo en los síntomas o en la afección del Miembro que afecta el esquema de autocontrol.
- Educación periódica o continua adecuada que se justifica por el avance de nuevas técnicas y del Tratamiento contra la diabetes.

Centro de atención de urgencia se refiere a un Centro autorizado que proporciona atención para el Tratamiento inmediato solo de una lesión o enfermedad, y que tiene un contrato con el Emisor para proporcionarles dicha atención a los Miembros.

Centro de atención médica de emergencia independiente es un Centro autorizado conforme al Código de Salud y Seguridad, Capítulo 254 (referido a los Centros de atención médica de emergencia independientes), que estructuralmente es diferente y está separado de un Hospital, y que recibe a un Miembro para proporcionarle Atención de emergencia según se define en el Código de seguros §843.002.

Centro de cuidados paliativos se refiere a un Centro o agencia que se dedica, principalmente, a proporcionar cuidados de enfermería especializados y otros cuidados terapéuticos a pacientes terminales, y que tiene las siguientes características:

- Está autorizado de conformidad con la ley estatal (en casos en que la ley estatal contempla tal autorización).
- Está certificado por Medicare como proveedor de Cuidados paliativos.

Centro de enfermería especializada se refiere a un Centro que se dedica, principalmente, a proporcionar cuidados de enfermería especializados y otros cuidados terapéuticos, y que tiene las siguientes características:

- Está autorizado de conformidad con la ley estatal (en casos en que la ley estatal contempla la autorización de dicho Centro).
- Es elegible para Medicare o Medicaid como un proveedor de cuidados especializados de enfermería para pacientes internados.

Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día se refiere a una institución que cuenta con la debida certificación y acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día para prestar a los Miembros servicios para Atención de salud mental y Enfermedad mental grave durante ocho horas como máximo en un período de 24 horas. El Médico tratante o el Proveedor de salud conductual debe certificar por escrito todo Tratamiento que se realice en un Centro de Tratamiento Psiquiátrico de Día en lugar de una hospitalización.

Centro de Tratamiento Residencial para Niños y Adolescentes se refiere a una institución de atención infantil que cuenta con la debida certificación y acreditación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o de la Asociación Estadounidense de Servicios de Psiquiatría para Niños como centro de Tratamiento residencial para prestar servicios para Atención de salud mental y Enfermedad mental grave a niños y adolescentes con trastornos emocionales.

Centro o unidad para estabilización de crisis se refiere a una institución que cuenta con la debida autorización y acreditación como Centro o unidad para estabilización de crisis y que brinda Atención de salud mental y

Tratamiento para enfermedad mental grave a Miembros que manifiesten una crisis psiquiátrica aguda de proporción moderada a intensa.

Centro participante se refiere a un centro de Tratamiento o de atención médica autorizado por el estado de Texas como un Centro que tiene un contrato o un acuerdo con el Emisor para proporcionar los beneficios cubiertos a los Miembros, y que el Emisor indica como Proveedor participante.

Centro quirúrgico ambulatorio se refiere a un Centro que no está ubicado en el establecimiento de un Hospital y que proporciona Tratamiento quirúrgico de especialidad para pacientes externos. No incluye consultorios individuales o grupales de médicos o profesionales de la salud privados, a menos que dichos consultorios cuenten con un espacio específico, utilizado exclusivamente para el Tratamiento quirúrgico para pacientes externos, en forma regular y organizada.

Centro se refiere a un centro de atención médica o de tratamiento residencial que cuenta con una autorización del estado donde funciona para proporcionar Tratamiento médico para pacientes internados, Tratamiento para pacientes externos, hospitalización parcial y Tratamiento de día o residencial. El Centro también se refiere a un centro de tratamiento para el diagnóstico y el Tratamiento de la dependencia a sustancias químicas o la enfermedad mental.

Cirugía cosmética, reconstructiva o plástica se refiere a la cirugía que se caracteriza por lo siguiente:

- Se realiza con la expectativa o la intención de que mejore la apariencia física de un Miembro.
- Se realiza por razones psicológicas.
- Restablece la forma, pero no corrige o restablece materialmente una función corporal.

Cláusula adicional se refiere a un complemento del Plan que describe los beneficios cubiertos adicionales, los cambios en los beneficios del Miembro o los términos de la cobertura del Miembro según el Plan. Podemos proporcionarles Cláusulas adicionales a los Miembros en el momento de la inscripción en el Plan o en otras ocasiones posteriores. Una Cláusula adicional, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas, forma parte del Acuerdo completo entre el Emisor y el Suscriptor.

Cobertura esencial mínima se refiere a la cobertura de salud que se reconoce como la cobertura que reúne sustancialmente todos los requisitos según la ley federal sobre la cobertura de seguro médico individual, grupal o gubernamental adecuada. Para obtener más información y saber si la cobertura está reconocida como "Cobertura esencial mínima", comuníquese con el Emisor al 844-633-5325 o visite www.cms.gov.

Complicaciones del embarazo se refiere a las condiciones que requieren internación (cuando no se interrumpe el embarazo), cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero están adversamente afectados por el embarazo o son causados por este, por ejemplo, los siguientes:

- Nefritis aguda
- Nefrosis
- Descompensación cardíaca
- Aborto retenido
- Afecciones médicas y quirúrgicas de gravedad comparable

Las Complicaciones del embarazo no incluyen lo siguiente:

- Falso trabajo de parto.
- Goteo ocasional.
- El médico indicó descanso durante el período de embarazo.
- Náuseas matutinas.
- Hiperémesis gravídica.
- Preeclampsia.
- Afecciones similares que están asociadas con la atención de un embarazo difícil, y que no constituyen una clara complicación del embarazo desde el punto de vista nosológico.

Copago se refiere al monto en dólares del costo de los beneficios cubiertos, si hubiere, como aparece en el Programa de beneficios y que el Miembro debe pagar a un Proveedor participante, cuando se obtienen dichos beneficios del Proveedor participante.

Costo compartido se refiere al Copago, al Deducible y a cualquier monto que exceda los límites de los beneficios y en el que un Miembro incurrirá como gasto por los beneficios cubiertos. En el Programa de beneficios se pueden encontrar los montos específicos de Costos compartidos por los beneficios cubiertos.

Costos del cuidado de rutina del paciente se refiere a los costos de toda atención Médicamente necesaria proporcionada según el Plan, sin importar si el Miembro participa en un ensayo clínico. Los costos del cuidado de rutina del paciente no incluyen lo siguiente:

- El costo de un dispositivo o medicamento nuevo en fase de investigación que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos no haya aprobado para ningún fin, incluido un medicamento o dispositivo que sea el motivo del ensayo clínico.
- El costo de un servicio que no sea un beneficio cubierto, sin importar si el servicio es necesario en relación con la participación en un ensayo clínico.
- El costo o el uso de un servicio que, de manera clara, no cumple con las normas asistenciales ampliamente establecidas y aceptadas para un diagnóstico.
- Un costo asociado con la administración de un ensayo clínico.
- El costo de un servicio que esté específicamente excluido de la cobertura según esta Evidencia de cobertura.

Crédito fiscal para primas es un crédito fiscal reembolsable diseñado para ayudar a personas y familias elegibles con ingresos bajos o moderados a poder pagar el seguro médico adquirido mediante el Mercado de seguros médicos, también conocido como el Mercado.

Crioterapia, también conocida como terapia de frío, consiste en el Tratamiento del dolor y/o inflamación por medio de la reducción de la temperatura de la piel que se encuentra sobre el área afectada.

Cuidado asistencial se refiere al cuidado diseñado principalmente para asistir a un Miembro con las actividades de la vida diaria o con el cuidado personal, como brindar ayuda para caminar o levantarse de la cama y acostarse; la asistencia para bañarse, vestirse, alimentarse e ir al baño; la preparación de dietas especiales; y la supervisión de la medicación, que habitualmente puede autoadministrarse y que no implica ni requiere la continua atención de personal médico u otro personal paramédico capacitado. Esto comprende actividades relacionadas con el cuidado de la salud que, en general, las personas hacen por sí mismas, como colocarse gotas para los ojos. El Cuidado asistencial se suele proporcionar, aunque no exclusivamente, en un hogar de ancianos, en un Hospital de reposo, en una residencia para ancianos o en otra institución similar.

Cuidados paliativos se refiere a los beneficios proporcionados según el Plan por un Centro de cuidados paliativos a un Miembro confinado en su hogar o en un Centro de cuidados paliativos debido a una enfermedad terminal o a una lesión terminal que requiere atención médica especializada.

Daño cerebral adquirido se refiere a una lesión neurológica en el cerebro, que no es hereditaria, congénita ni degenerativa. El daño cerebral ha ocurrido después del nacimiento y provoca un cambio en la actividad neuronal, lo cual, a su vez, provoca un deterioro en el funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Deducible se refiere al monto en dólares, si hubiere, como aparece en el Programa de beneficios y que el Miembro debe pagar por los beneficios cubiertos antes de que el Plan realice el pago por dichos beneficios según esta Evidencia de cobertura.

Dependencia a sustancias químicas se refiere al abuso o a la dependencia psicológica o física, o a la adicción al alcohol o a una sustancia controlada. El Centro para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas se refiere a un Centro que ofrece un programa para el Tratamiento de la dependencia a sustancias químicas en virtud

de un plan de Tratamiento escrito, aprobado y monitoreado por un Proveedor de salud conductual y cuyo Centro cumple con estas condiciones:

- Está afiliado a un Hospital según un acuerdo contractual con un sistema establecido para la remisión de pacientes.
- Está acreditado como Centro por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).
- Está autorizado como programa de Tratamiento de la Dependencia a sustancias químicas por la Comisión para el Control del Abuso de Alcohol y Drogas de Texas (Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse).
- Está autorizado, certificado o aprobado como centro o programa de Tratamiento de la Dependencia a sustancias químicas por alguna agencia estatal que tiene autoridad legal para otorgar dicha autorización, certificación o aprobación.

Dependiente cubierto se refiere a un familiar del Suscriptor que cumple con las disposiciones de elegibilidad de esta Evidencia de cobertura, a quien el Suscriptor ha registrado en la Solicitud de inscripción y para quien se han hecho los Pagos obligatorios.

Dependiente elegible se refiere a un familiar del Miembro que entra en una de las siguientes categorías:

- Cónyuge actual del Suscriptor según lo define la ley de Texas.
- Hijo o hija del cónyuge actual del Suscriptor que reúne alguna de estas condiciones:
 - Es un solicitante de la cobertura durante el Período de inscripción abierta.
 - No alcanza la edad de inelegibilidad.
 - Supera la edad de inelegibilidad, pero cumple con las siguientes condiciones:
 - No puede mantener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad física o una incapacidad mental.
 - Depende principalmente del Suscriptor para su sostén y manutención.
- Hijo o hija del Suscriptor que reúne alguna de estas condiciones:
 - Es un solicitante de la cobertura durante el Período de inscripción abierta.
 - No alcanza la edad de inelegibilidad.
 - Supera la edad de inelegibilidad, pero cumple con las siguientes condiciones:
 - No puede mantener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad física o una incapacidad mental.
 - Depende principalmente del Suscriptor para su sostén y manutención.
- Nieto o nieta del Suscriptor que reúne alguna de estas condiciones:
 - Solicitante de la cobertura durante el Período de inscripción abierta.
 - Dependiente del Suscriptor en términos de impuestos federales al momento de la solicitud de cobertura para el nieto o la nieta.
 - Soltero o soltera.
 - No alcanza la edad de inelegibilidad.
 - Supera la edad de inelegibilidad, pero cumple con las siguientes condiciones:
 - No puede mantener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad física o una incapacidad mental.
 - Principalmente dependientes del Suscriptor en cuanto a ayuda y manutención.
- Cualquier hijo o hija a quien el Suscriptor esté obligado a proporcionar cobertura de salud debido a una Orden de manutención médica calificada según los términos de dicha orden.

Determinación adversa se refiere a una determinación tomada por un agente de Revisión de utilización en nombre del Emisor, en la cual se considera que la atención médica proporcionada o propuesta a un Miembro no es Médicamente necesaria o adecuada, o bien que el servicio es Experimental o se encuentra En fase de investigación. El término no significa una denegación de la atención médica por no haber solicitado una Revisión de utilización anticipada o simultánea. El término comprende las rescisiones de cobertura como se describen en Su documento de cobertura.

Director médico se refiere a cualquier Médico designado por el Emisor que tendrá las responsabilidades de garantizar la continuidad, la disponibilidad y la accesibilidad de los beneficios cubiertos. Entre otras responsabilidades, se encuentran el monitoreo de los programas de control de calidad, la Revisión de utilización y la revisión por pares; la determinación de Necesidad médica; y la determinación de un Tratamiento como Experimental o En fase de investigación.

Edad de inelegibilidad se refiere a la edad en la cual los dependientes ya no son elegibles para recibir cobertura, según la definición de Dependiente elegible. La edad de inelegibilidad será de 26 años.

Emisor se refiere a Scott and White Health Plan; también referido como “Nosotros”, “Nos” y “Nuestro”.

Enfermedad mental grave incluye las siguientes enfermedades psiquiátricas definidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM):

- Trastornos bipolares (hipomanía, manía, depresión y mixtos)
- Depresión durante la niñez y la adolescencia
- Trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente)
- Trastornos obsesivos-compulsivos
- Trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos
- Trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos)
- Esquizofrenia

Enfermedad metabólica hereditaria se refiere a una enfermedad hereditaria que puede provocar un retraso mental o físico, o la muerte.

Enfermedad o afección potencialmente mortal se refiere a una enfermedad o afección que podría causar la muerte, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o la afección.

Equipo médico duradero o DME se refiere al equipo que tiene las siguientes características:

- Puede soportar el uso repetido.
- Se usa principal y habitualmente para atender un propósito médico.
- Por lo general, no es de utilidad para un Miembro de no existir una enfermedad o una lesión.
- Se puede usar en el hogar.

Se debe cumplir con todos los requisitos de esta definición para que un artículo sea un Equipo médico duradero.

Equipo para la diabetes se refiere a la medición de glucosa en sangre, por ejemplo, aquellas diseñadas para las personas ciegas, bombas de insulina, y accesorios asociados, dispositivos de infusión de insulina, y aparatos de podología para la prevención de las complicaciones de la diabetes. A medida que nuevos equipos o equipos mejorados para la diabetes estén disponibles y sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, dichos equipos podrían estar cubiertos si un Proveedor participante determinara, mediante una orden escrita, que estos son adecuados y Médicamente necesarios.

Estabilización se refiere al momento en el cual no es probable que se produzca algún deterioro material de una afección, dentro de lo razonable, durante el traslado del Miembro.

Evidencia de cobertura es el término utilizado para describir el presente documento que, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas, forma parte del Acuerdo completo entre el Suscriptor y el Emisor. Esta Evidencia de cobertura describe los beneficios cubiertos por el Plan.

Experimental o En fase de investigación se refiere al Tratamiento que, según la opinión del Director médico, no ha sido probado con éxito para mejorar los resultados de salud de los Miembros. Para tomar dichas determinaciones, el Director médico se basará en lo siguiente:

- Investigaciones bien diseñadas y conducidas que se publicaron en bibliografía médica reconocida y revisada por pares, como el New England Journal of Medicine o el Journal of Clinical Oncology, cuando

en dichos artículos de investigación se informan hallazgos concluyentes de ensayos controlados o aleatorizados. El Director médico considerará la calidad del conjunto de estudios y la coherencia de los resultados para evaluar la evidencia.

- Comunicaciones sobre el Tratamiento que se hayan entregado a los Miembros como parte de un consentimiento informado.
- Comunicaciones sobre el procedimiento o el Tratamiento que el Médico que estudia el Tratamiento haya entregado a la institución o al gobierno que patrocina el estudio.
- Documentos o registros del comité de ética institucional del Hospital o de la institución donde se estudia el Tratamiento.
- Regulaciones y otras comunicaciones y publicaciones emitidas por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Los registros médicos del Miembro.

Como se utilizó anteriormente, “bibliografía médica revisada por pares” se refiere a una o más publicaciones científicas de los Estados Unidos que requieren que los manuscritos sean enviados a expertos reconocidos dentro y fuera de la oficina editorial para considerar opiniones o recomendaciones sobre la publicación del manuscrito. Asimismo, a fin de que el manuscrito sea considerado bibliografía médica revisada por pares, debe ser revisado por expertos reconocidos antes de su publicación.

Serán Experimentales o En fase de investigación los Tratamientos referidos como “experimentales”, “ensayo experimental”, “en investigación”, “ensayo en investigación”, “ensayo”, “estudio”, “estudio controlado”, “ensayo controlado”, o cuando concluye con expresiones como “prometedor”, “se necesitan más estudios” o con cualquier otro término con un significado similar.

Farmacia participante se refiere a una farmacia que tiene un contrato con el Emisor para proporcionar Medicamentos recetados a los Miembros.

Fecha de contrato se refiere a la fecha en la que se ejecuta el Acuerdo. La Fecha de contrato puede no coincidir con la fecha en la que comienza la cobertura del Plan.

Fecha de entrada en vigor se refiere a la fecha en que comienza la cobertura para Usted y Sus Dependientes cubiertos. Puede no coincidir con la Fecha del contrato.

Fecha de vencimiento de la Prima se refiere al primer día del mes o trimestre por el cual se adeuda el pago.

Fenilcetonuria o FCU se refiere a una afección hereditaria que puede causar una deficiencia grave en el desarrollo, convulsiones o tumores, si no se trata.

Formulario se refiere a la lista donde se identifican aquellos Medicamentos recetados cuya cobertura puede estar disponible en este Plan. Los Miembros podrán verificar el nivel asignado a cada Medicamento recetado en Nuestro sitio web swhp.org o llamándonos al 844-633-5325.

Gasto para atención prolongada se refiere al Monto permitido de cargos en los que se incurrió para obtener beneficios Medicamente necesarios y proporcionados por un Centro de enfermería especializada, una Agencia de atención médica a domicilio o un Centro de cuidados paliativos.

Gasto permitido se refiere a un gasto necesario, razonable y habitual para la atención médica, cuando dicho gasto esté cubierto, al menos en parte, por Medicare.

La diferencia entre el costo de una habitación privada en un hospital y el costo de una habitación semiprivada en un hospital no se considera un gasto permitido según la definición anterior, a menos que permanecer en una habitación privada sea Medicamente necesario para el Miembro, ya sea en términos de prácticas médicas generalmente aceptadas, o que así lo defina específicamente el Emisor.

Cuando los beneficios se vean reducidos por Medicare debido a que un Miembro no cumple con las disposiciones de Medicare, el monto de dicha reducción será considerado un gasto permitido. Algunos ejemplos de tales disposiciones son aquellos relacionados con una segunda opinión quirúrgica o con la autorización previa de admisión o de atención médica.

Gastos de bolsillo se refiere a la parte de los beneficios cubiertos que un Miembro debe pagar en el momento en que se reciben los beneficios. Los beneficios que el Plan no cubre o que no son Médicamente necesarios no se incluyen para determinar los Gastos de bolsillo.

Gastos hospitalarios para pacientes internados se refiere al Monto permitido en el que se incurre para la atención Médicamente necesaria de un Miembro, si los beneficios cumplen con las siguientes condiciones:

- Se ofrecen según la dirección o la indicación de un Médico, un Proveedor de salud conductual o un Profesional de la salud.
- Los proporciona un Hospital o un Centro para el Tratamiento de la dependencia a sustancias químicas.
- Se proveen al Miembro, quien los usa durante su internación en el Hospital.

Los Gastos hospitalarios para pacientes internados incluirán lo siguiente:

- Cargos por alojamiento en la habitación.
- Todas las otras atenciones habituales del Hospital, por ejemplo, los Medicamentos recetados y otros medicamentos, que son Médicamente necesarios y acordes para la afección del Miembro.
 - No se incluyen los objetos personales o de comodidad, como televisores, teléfonos, kits de primeros auxilios, equipos para ejercicios físicos, aires acondicionados, humidificadores, saunas o bañeras de hidromasaje.
 - Serán Gastos hospitalarios para pacientes internados la Atención de salud mental Médicamente necesaria o el Tratamiento de enfermedad mental grave en un Centro de tratamiento psiquiátrico de día, en un Centro o unidad para estabilización de crisis, o en un Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes, en lugar de una hospitalización.

Gastos médico-quirúrgicos se refiere al Monto permitido en el que se incurre para la atención Médicamente necesaria de un Miembro, siempre y cuando los beneficios cumplan con las siguientes condiciones:

- Se ofrecen según la dirección o la indicación de un Médico, un Proveedor de salud conductual o un Profesional de la salud.
- No son Gastos hospitalarios para pacientes internados ni Gastos para atención prolongada excluidos en el Plan.

Un beneficio que se ofrece según la dirección de un Médico, un Proveedor de salud conductual o un Profesional de la salud, siempre que dicho beneficio cumpla con las siguientes condiciones:

- Lo ofrece una persona empleada por el Médico, el Proveedor de salud conductual o el Profesional de la salud que realiza la indicación.
- Se ofrece en el lugar habitual de trabajo del Médico, el Proveedor de salud conductual o el Profesional de la salud que realiza la indicación.
- El Médico, el Proveedor de salud conductual o el Profesional de la salud que realiza la indicación lo factura al paciente.

Se debe incurrir en un gasto en la fecha en que se proporcionó el beneficio por el cual se cobró el cargo.

Hijo o Hija se refiere a lo siguiente:

- Un hijo biológico de Usted o de Su cónyuge legal actual.
- Un hijo que es Su hijo legalmente adoptado con adopción legal acreditada con una sentencia de adopción, que es el objeto de una demanda de adopción y Usted es una parte de dicha demanda.
- Un hijo que ha sido colocado con Usted para adopción.

Hospital participante se refiere a una institución autorizada por el estado de Texas como un Hospital que tiene un contrato o un acuerdo con el Emisor para proporcionar los beneficios cubiertos a los Miembros, y que el Emisor indica como Proveedor participante.

Hospital se refiere a un Centro para la atención de enfermedades agudas a corto plazo, que tiene las siguientes características:

- Está debidamente autorizado como Hospital por el estado en el que se encuentra ubicado y cumple con los estándares establecidos para tal autorización, como aquellos acreditados por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), o está certificado como Hospital proveedor de Medicare.
- Se dedica, principalmente, a proporcionar atención diagnóstica y terapéutica a pacientes internados para el diagnóstico, Tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por parte de Médicos o Proveedores de atención conductual, o bajo su supervisión, a cambio de una compensación de sus pacientes.
- Ha organizado departamentos de medicina y cirugía mayor en su establecimiento o en centros disponibles para el Hospital de una manera acordada y contractual, y lleva registros médicos de todos los pacientes.
- Ofrece atención de enfermería las 24 horas proporcionado o supervisado por personal de enfermería matriculado.
- No es, excepto en contadas ocasiones, un Centro de enfermería especializada; un hogar de ancianos; un hogar de Cuidado asistencial; un complejo turístico de salud; un spa o sanatorio; un lugar para descansar; un lugar para los ancianos; un lugar para el Tratamiento de la dependencia a las sustancias químicas; un Centro de cuidados paliativos; ni un lugar que proporcione cuidados de rehabilitación.

Infertilidad se refiere a la incapacidad de concebir después de haber mantenido relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos durante el período de un (1) año, o de tener 35 años o más, la incapacidad de concebir después de seis (6) meses; o la incapacidad de mantener un embarazo hasta alcanzar la viabilidad del feto.

Instituto de investigación se refiere a la institución o a otra persona o entidad que realiza un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos se refiere a la leche de fórmula nutricional completa diseñada para los Miembros que tienen una respuesta inmunitaria a los alérgenos que se encuentran en los alimentos integrales, o leches de fórmula compuestas de proteínas completas, grasas o hidratos de carbono. La leche de fórmula elemental a base de aminoácidos está hecha de aminoácidos no alérgenos individuales (únicos) (componentes básicos de las proteínas) que se descomponen hasta su “nivel elemental” para que puedan ser absorbidos y digeridos fácilmente.

Lesión accidental se refiere a una lesión física provocada por un accidente que, de manera directa o indirecta, e independientemente de otras causas, requiere que Médico o Profesional de la salud proporcione el Tratamiento inicial necesario.

Mamografía se refiere al examen radiográfico de las mamas por medio de un equipo destinado especialmente a realizar Mamografías.

Mamografía, baja dosis se refiere al examen radiográfico de la mama por medio de un equipo destinado especialmente a realizar la Mamografía, que incluye un tubo de rayos X, un filtro, un dispositivo de compresión y pantallas, con una exposición a la radiación promedio de menos de un rad en la mitad de la mama y dos vistas de cada mama.

Mamografía, diagnóstica se refiere a un examen de diagnóstico por imágenes diseñado para evaluar una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un Médico en una mama; una anomalía identificada por un Médico en una mamografía de detección; una anomalía en una mama previamente identificada por un Médico como

probablemente benigna para la cual se recomienda un diagnóstico por imágenes de control; o bien, para una persona con antecedentes personales de cáncer de mama.

Mamografía, digital se refiere a una Mamografía que genera imágenes de la mama que se almacenan como imágenes digitales.

Mamografía, tomosíntesis de mama se refiere a un procedimiento radiológico de Mamografía que implica la obtención de imágenes de proyección a partir de una mama estable a fin de producir imágenes tridimensionales, digitales y transversales de la mama, a partir de las cuales se podrían tomar determinaciones de diagnóstico mediante pruebas de detección del cáncer de mama pertinentes.

Máximo de bolsillo se refiere al monto total en dólares de Gastos de bolsillo que un Miembro debe pagar por los beneficios cubiertos durante un Año del plan. El Máximo de bolsillo no corresponde para los Tratamientos que no son Médicamente necesarios o que no son un beneficio cubierto.

Médicamente necesario o Necesidad médica se refiere a los servicios de atención médica que, de acuerdo con la opinión del Proveedor participante o del Profesional de la salud participante del Miembro (que estará sujeta a la revisión, la aprobación o la desaprobación, y a las acciones del Director médico o el Comité de Control de Calidad en sus deberes asignados) tienen las siguientes características:

- Siguen los estándares generalmente aceptados de la práctica médica.
- Son clínicamente adecuados, en términos de tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración, y se consideran efectivos para la enfermedad o la lesión del paciente.
- No se realizan principalmente para la conveniencia del Miembro, del Proveedor participante, de un médico o de otro proveedor de atención médica, y no cuestan más que un servicio alternativo o secuencia de servicios que tal vez produzcan, al menos, los mismos resultados terapéuticos o diagnósticos en cuanto al diagnóstico o al tratamiento de la enfermedad o la lesión del paciente.

Medicamento de mantenimiento recetado se refiere a un medicamento recetado para una afección crónica, a largo plazo, que se toma de forma regular y recurrente.

Medicamento de venta con receta se refiere a un medicamento que la ley federal prohíbe despachar sin una receta escrita.

Medicamento recetado de marca se refiere a un Medicamento recetado que no tiene un equivalente genérico, o a un Medicamento recetado que es la formulación patentada u original para la cual existen las formas genéricas equivalentes.

Medicamento recetado especializado se refiere a todo Medicamento recetado, independientemente de su formulación, como medicamentos orales contra el cáncer, o un Medicamento recetado que requiere, al menos, uno de los siguientes para proporcionar resultados óptimos para el paciente:

- Distribución, manipulación o adquisición especializada, o administración de forma especializada.
- Revisión compleja de los beneficios para determinar la cobertura.
- Administración médica compleja que requiere control minucioso de un Médico o de una persona con formación clínica.
- Pautas médicas, requeridas por la FDA o basadas en la evidencia, que se consideran información integral para el paciente o el Médico.
- Contiene una formulación con un costo total superior a \$1,000 por suministro minorista para el máximo de días.

Medicamento recetados se refiere a todo Medicamento de venta con receta que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que no es un medicamento Experimental ni está En fase de investigación, y que requiere una receta escrita de un Médico debidamente autorizado.

Medicamentos recetados cubiertos se refiere a aquellos medicamentos recetados por un Médico que, según las leyes estatales o federales, pueden despacharse únicamente mediante Receta médica cuando es Médicamente

necesario, y los principios activos son medicamentos de venta con receta o insulina aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Medicare se refiere al Título XVII de la Ley de Seguridad Social, y las enmiendas posteriores.

Médico de atención primaria se refiere a un Proveedor participante especializado en medicina de familia, medicina interna comunitaria, medicina general, geriatría o pediatría que selecciona el Miembro para administrar los Beneficios médicos y de farmacia que estarán disponibles para el Miembro mediante el Emisor.

Médico especialista se refiere a un Médico o Profesional médico que ha firmado un acuerdo con el Emisor para participar como proveedor de cuidados especializados (por lo general, prácticas distintas de la medicina general, medicina de familia, medicina interna, pediatría y obstetricia/ginecología).

Médico se refiere a una persona que, cuando actúa dentro del alcance de su autorización para ejercer la medicina en el estado de Texas, es médico o médico osteopático. Los términos médico o médico osteopático tendrán el significado que se les asigna en el Código de Seguro de Texas.

Mercado (también conocido como Mercado de seguros médicos) se refiere a una agencia gubernamental o a una entidad sin fines de lucro que cumple con los estándares del mercado aplicables, y con otros estándares relacionados, que se establecen según la ley correspondiente, y que permiten que los Planes de salud calificados (QHP) estén disponibles para los individuos y los empleadores que reúnan ciertas condiciones (estos términos están definidos en la ley correspondiente). A menos que se establezca lo contrario, el término Mercado se refiere al Mercado facilitado por el gobierno federal en el cual el Emisor ofrece este QHP.

Miembro se refiere a Usted y/o a Sus Dependientes cubiertos.

Monto permitido se refiere al monto que pagará el Plan por los beneficios cubiertos. El monto permitido se basa en un porcentaje del monto que pagaría Medicare por un determinado beneficio. Un proveedor contratado eximirá al Miembro del pago del costo de los beneficios cubiertos que superen el monto permitido.

Orden de manutención médica calificada se refiere a una orden judicial o administrativa que establece la responsabilidad de proporcionar cobertura de atención médica a los Dependientes elegibles.

Organización de Revisión Independiente o IRO se refiere a una organización que proporciona la revisión externa de Determinaciones adversas siguiendo las disposiciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Ortesis se refiere a un dispositivo médico fabricado o adaptado a medida que se aplica a una parte del cuerpo humano para corregir una deformidad, mejorar la función o aliviar los síntomas de una enfermedad.

Pagos obligatorios se refiere a los pagos que debe efectuar el Suscriptor para obtener o mantener la cobertura según el Acuerdo, como tarifas de solicitud, Copagos, Deducibles, Subrogación, Primas, tarifas por pago atrasado y todos los otros montos identificados específicamente como Pagos obligatorios según los términos del Acuerdo.

Período de gracia se refiere al período de treinta (30) días después de la Fecha de vencimiento de la Prima, durante el cual se pueden pagar las Primas al Emisor sin que el Suscriptor o sus Dependientes cubiertos, si los hubiera, experimenten un lapso en la cobertura según esta Evidencia de cobertura. Si el Suscriptor recibe un pago adelantado del Crédito fiscal para primas y las Primas del Suscriptor están en mora, pero se ha pagado al menos un (1) mes de Prima en su totalidad durante el Año del plan, el Emisor debe conceder un período de gracia de tres (3) meses.

Período de inscripción abierta se refiere al período establecido para la inscripción en el Mercado facilitado a nivel federal de Texas durante el cual una persona puede solicitar la cobertura de un Plan de salud calificado.

Plan de salud calificado (QHP) es un plan de beneficios de atención médica que tiene vigente una certificación que cumple con las normas gubernamentales correspondientes, emitidas o reconocidas por cada Mercado a través del cual se ofrece dicho plan. Este Plan cuenta con la certificación del Mercado.

Plan de sincronización para medicamentos se refiere a un plan establecido con el fin de sincronizar el surtido o resurtido de múltiples recetas.

Plan, Su Plan, el Plan se refiere a los beneficios cubiertos disponibles para Usted y Sus Dependientes cubiertos según los términos del Acuerdo.

Posterior a la estabilización se refiere a la atención que reúne alguna de las siguientes condiciones:

- Está relacionada con una afección médica de emergencia.
- Se proporciona para estabilizar la afección del Miembro.
- Se proporciona para mantener la condición estabilizada o, en determinadas circunstancias, para mejorar o resolver la condición del Miembro.

Prima se refiere a los montos periódicos que se deben pagar al Emisor como condición de cobertura según el Acuerdo.

Profesional de la salud participante se refiere a un profesional de atención médica autorizado en el estado de Texas (o bien, en el caso de Tratamiento proporcionado por derivación, autorizado en el estado en el que se proporcione la atención) que tiene un contrato o un acuerdo con el Emisor para proporcionar los beneficios cubiertos a los Miembros, y que el Emisor indica como Proveedor participante.

Profesional de la salud se refiere a profesionales de atención médica autorizados en el estado de Texas (o bien, en el caso de Tratamiento proporcionado por derivación, autorizados en el estado en el que se proporcione la atención). El término Profesionales de la salud abarca, entre otros, a doctores en Odontología; doctores en Podología; doctores en Optometría; doctores en Quiropráctica; doctores en Psicología; acupunturistas; audiólogos autorizados; fonoaudiólogos autorizados; profesionales autorizados para calibrar y entregar audífonos; especialistas en nutrición autorizados; licenciados en trabajo social autorizados-profesionales sanitarios superiores; asesores profesionales autorizados o asesores matrimoniales autorizados y terapeutas familiares; y otros profesionales sanitarios de las artes curativas como se especifica en el Código de Seguros de Texas.

Programa de beneficios es un documento en el que se indican los beneficios cubiertos según el Plan, junto con el Costo compartido asociado, como Copagos y Deducibles. El Programa de beneficios, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas, forma parte del Acuerdo completo entre el Emisor y el Suscriptor.

Programa de entrega de medicamentos oncológicos para uso oral se refiere a un programa que limita temporalmente la cantidad de medicamentos oncológicos para uso oral que se puede entregar. Las primeras 4 renovaciones del Medicamento recetado se restringirán a un suministro de 14/15 días hasta que se haya establecido la tolerabilidad. Después de dicho período, el Miembro podrá obtener el suministro máximo por día permitido según el Programa de beneficios. Los Medicamentos recetados utilizados para tratar un cáncer metastásico avanzado en estadio 4 o las afecciones asociadas no están sujetos al tratamiento escalonado ni a los primeros intentos frustrados.

Prótesis se refiere a un dispositivo artificial diseñado para reemplazar, en su totalidad o en parte, un órgano interno del cuerpo o para reemplazar de forma total o parcial la función de un órgano interno del cuerpo que no funcione o funcione mal permanentemente, o para reemplazar un brazo o una pierna.

Proveedor de farmacia especializada participante se refiere a una farmacia que tiene un contrato con el Emisor para proporcionar Medicamentos recetados especializados a los Miembros.

Proveedor de la red virtual participante se refiere a un proveedor o Centro que ha firmado un acuerdo con el Emisor, o con una organización contratada en nombre del Emisor, para proporcionar los beneficios mediante audio en tiempo real con tecnología de video o audio únicamente, o un proceso de entrevista en línea.

Proveedor de salud conductual se refiere a un Médico o Profesional de la salud que proporciona beneficios para la Atención de salud mental, la Enfermedad mental grave o la Dependencia a sustancias químicas.

Proveedor no participante se refiere a un Hospital, un Médico, un Proveedor de salud conductual, un Profesional de la salud, un Centro de atención de urgencia o una Farmacia que no tiene un contrato con el Emisor para proporcionar beneficios a los Miembros del Plan. Recomendamos encarecidamente a los Miembros que utilicen Proveedores participantes para garantizar la mayor calidad y el menor costo. El uso de un Proveedor no participante puede derivar en cargos adicionales para el Miembro que no están cubiertos según el Plan. Las solicitudes de beneficios proporcionados por un Proveedor no participante se pueden denegar si hay un Proveedor participante en la Red que puede proporcionar el mismo beneficio o uno similar.

Proveedor participante se refiere a toda persona contratada por una entidad que tiene un contrato directo o indirecto con el Emisor para proporcionar los beneficios cubiertos a los Miembros. Proveedor participante abarca, entre otros, a los Hospitales participantes, los Médicos participantes, los Proveedores de salud conductual participantes, los Profesionales de la salud participantes, los Centros de atención de urgencia participantes, las Farmacias participantes y el Proveedor de farmacia especializada participante dentro del Área de servicio.

Proveedor protésico/ortopédico se refiere a un protésico certificado que provee prótesis y materiales ortopédicos estándar y personalizados.

Prueba neuroconductual se refiere a una evaluación de los antecedentes de problemas neurológicos y psiquiátricos, los síntomas actuales, el estado mental actual y los antecedentes prepatológicos, incluidas la identificación del comportamiento problemático y la relación entre el comportamiento y las variables que controlan el comportamiento. Esta puede consistir en una entrevista con un Miembro, un familiar del Miembro u otras personas.

Prueba neurofisiológica se refiere a la evaluación de las funciones del sistema nervioso.

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

Prueba psicofisiológica se refiere a una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos del cuerpo, y el comportamiento.

Queja es una expresión oral u escrita de insatisfacción con algún aspecto del funcionamiento del Emisor, que podría incluir, entre otros, los siguientes aspectos:

- Insatisfacción con la administración del plan.
- Procedimientos relacionados con la revisión o la Apelación de una Determinación adversa.
- La denegación, reducción o finalización de un beneficio por razones que no tienen que ver con una Necesidad médica.
- La manera en que se proporciona un beneficio.
- Las decisiones de cancelación de la inscripción expresadas por un Reclamante.

El término no incluye lo siguiente:

- Un malentendido o un problema de desinformación que se resuelve rápidamente al aclarar el malentendido o al brindar la información adecuada.
- La insatisfacción o el desacuerdo con una Determinación adversa.

Quimioterapia se refiere a todo medicamento utilizado para tratar el cáncer en forma directa. Los medicamentos utilizados como terapia de soporte (p. ej., medicamentos contra las náuseas, etc.) no están incluidos en esta definición. El Comité de Farmacia y Terapéutica mantendrá una lista de estos medicamentos.

Receta médica se refiere a una autorización para un Medicamento recetado emitida por un Médico, quien está debidamente autorizado para escribir la autorización en el curso normal de su ejercicio profesional.

Reclamante se refiere a un Miembro, Médico, Profesional de la salud u otra persona designada para actuar en nombre de un Miembro que presenta una Queja.

Reclamo se refiere a una solicitud de pago que el Miembro o el Proveedor participante del Miembro presenta ante el Emisor cuando el Proveedor participante proporciona los beneficios. Por lo general, los Reclamos incluyen una prueba de pérdida o la evidencia de un reclamo, la cual incluye el formulario donde se hace el reclamo, las facturas y las declaraciones que reflejan los beneficios proporcionados al Miembro y sus respectivos cargos, así como los códigos de diagnóstico y de procedimiento correctos para recibir los beneficios.

Red se refiere a los Proveedores participantes que tienen contratos con el Emisor para proporcionar los beneficios cubiertos a los Miembros.

Reducción del costo compartido (CSR) se refiere a los subsidios que reducen los Gastos de bolsillo para Miembros que cumplen con ciertos criterios financieros y eligen planes de salud Plata (Silver) en el Mercado.

Rehabilitación neurocognitiva se refiere a la rehabilitación diseñada para ayudar a los Miembros con deterioro cognitivo a compensar las deficiencias en el funcionamiento cognitivo mediante el restablecimiento de las habilidades cognitivas o el desarrollo de estrategias y técnicas compensatorias.

Rehabilitación se refiere a los procesos de restablecimiento y mejora de una función específica.

Revisión de utilización se refiere a un sistema para la revisión anticipada o simultánea de la Necesidad médica, la idoneidad o la determinación de que un Tratamiento que un Médico o Profesional de la salud proporciona actualmente o propone proporcionar a un Miembro es Experimental o está En fase de investigación. La Revisión de utilización no incluye solicitudes optativas del Miembro para obtener aclaraciones sobre la cobertura.

Servicio de telesalud se refiere a un servicio médico, distinto de un servicio médico de telemedicina, que un Profesional de la salud autorizado, certificado o de otro modo acreditado para ejercer en este estado y que actúa dentro del alcance de la autorización, las certificaciones o la acreditación del Profesional de la salud proporciona a un paciente que se encuentra en un lugar físico diferente que el del Profesional de la salud que utiliza tecnología de información o telecomunicación.

Servicio médico de telemedicina se refiere a un servicio de atención médica que un Médico autorizado en este estado o un Profesional de la salud que actúa bajo la delegación y la supervisión de un Médico autorizado en este estado y que actúa dentro del alcance de la autorización del Médico o del Profesional de la salud proporciona a un paciente que se encuentra en un lugar físico diferente que el del Médico o del Profesional de la salud que utiliza tecnología de información o telecomunicación.

Servicios de reinserción a la comunidad se refiere a los servicios que facilitan la asistencia continua a lo largo del proceso de transición de un Miembro afectado para reincorporarse a la comunidad.

Solicitud de inscripción es el documento que debe completar una persona o alguien en su nombre para solicitar cobertura. La solicitud de inscripción, junto con los documentos adjuntos y las enmiendas, forma parte del Acuerdo completo entre el Suscriptor y el Emisor.

Su(s) se refiere a relativo o correspondiente al Suscriptor.

Subrogación se refiere a la recuperación, por parte de un tercero, de los costos médicos que pagó originalmente el Emisor.

Suministros para la diabetes se refiere a las tiras reactivas para la medición de glucosa en sangre; interpretación visual y tiras reactivas para orina; lancetas y dispositivos de lancetas; insulina y análogos de la insulina; dispositivos que facilitan la inyección de insulina; jeringas para la administración de insulina; fármacos orales disponibles con o sin receta para controlar los niveles de azúcar en sangre; y kits de emergencia de glucagón. A medida que suministros nuevos o mejorados para la diabetes estén disponibles y sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, dichos suministros podrían estar cubiertos si un Proveedor participante determinara, mediante una orden escrita, que estos son adecuados y Médicamente necesarios.

Suscriptor se refiere a la persona a la que se le emitió esta Evidencia de cobertura y que firmó el Acuerdo con el Emisor. También se hace referencia aquí como “Usted” o “Su(s)”.

Tarifa usual y habitual se refiere al monto basado en un porcentaje de las tarifas disponibles que publican los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o una referencia que desarrollan los CMS para la misma atención o una similar dentro de un área geográfica; y que ha sido negociado con uno o más Proveedores participantes en un área geográfica para la misma atención o una similar. El monto pagadero puede aumentar en un porcentaje fijo para determinados servicios o centros, según lo que haya acordado el Plan.

Tarjeta de identificación o Tarjeta de ID se refiere a la tarjeta que el Emisor proporciona al Miembro, donde se indica la información pertinente que corresponde a la cobertura del Miembro.

Terapia de comunicación cognitiva se refiere a la terapia diseñada para abordar modalidades de comprensión y de expresión, por ejemplo, lectura, escritura y transmisión verbal de información.

Terapia de infusión en el hogar se refiere a la administración de líquidos, nutrición o medicamentos (por ejemplo, los aditivos y la quimioterapia) mediante infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o mediante inyección intravenosa en el entorno del hogar. La Terapia de infusión en el hogar incluirá lo siguiente:

- Medicamentos y soluciones intravenosas
- Servicios de formulación magistral y despacho de farmacia
- Todos los equipos y suministros complementarios necesarios para la terapia definida
- Servicios de administración de medicamentos
- Educación del paciente y de la familia
- Servicios de enfermería

Los productos de venta libre que no requieren una receta del Proveedor participante, por ejemplo, las fórmulas nutricionales estándares utilizadas para la terapia nutricional enteral, no están incluidos en esta definición.

Terapia de rehabilitación cognitiva se refiere a la terapia diseñada para abordar actividades cognitivas terapéuticas, basadas en una evaluación, y en el entendimiento, la lectura, la escritura y la transmisión verbal de información.

Terapia manipulativa, dentro del ámbito de los cuidados de habilitación, incluye los beneficios proporcionados por un quiropráctico u otro proveedor autorizado para proporcionar este beneficio, que sirve como apoyo o es necesario para que los Miembros alcancen el mismo estado físico que tenían antes de una lesión o una enfermedad, y que se considera Médicamente necesario.

Terapia neurocognitiva se refiere a la terapia diseñada para abordar las deficiencias neurológicas en el procesamiento de información y para facilitar el desarrollo de capacidades cognitivas de nivel más alto.

Transición a cuidados intermedios se refiere al cuidado que facilita la asistencia continua más allá de la lesión neurológica inicial mediante la rehabilitación y la reinserción en la comunidad.

Trasplante de órganos se refiere a la extracción de un órgano sólido o no sólido, una glándula o un tejido de una persona y la reintroducción de ese órgano, esa glándula o ese tejido en otra persona.

Trastorno del espectro autista se refiere a un Trastorno neurobiológico que se caracteriza por las dificultades sociales y comunicativas, e incluye diagnósticos utilizados en el pasado, como el Trastorno autista, el Síndrome de Asperger o el Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar.

Trastorno neurobiológico se refiere a una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

Tratamiento de cuidados intermedios se refiere al Tratamiento proporcionado después de la hospitalización o el tratamiento para el cuidado de enfermos agudos que se basa en una evaluación de las deficiencias funcionales

físicas, conductuales o cognitivas del Miembro, lo cual incluye una meta de Tratamiento que pretende lograr cambios funcionales al reforzar, fortalecer o restablecer rasgos de comportamiento aprendidos anteriormente, o establecer nuevos hábitos de actividad cognitiva o mecanismos compensatorios.

Tratamiento diurno ambulatorio se refiere a la atención estructurada que se proporciona para abordar las deficiencias en las funciones fisiológicas, conductuales y cognitivas. Dicha atención se podrá prestar en entornos residenciales transitorios, de integración a la comunidad o de Tratamiento no residenciales.

Tratamiento neuroconductual se refiere a intervenciones que se centran en el comportamiento y las variables que controlan el comportamiento.

Tratamiento neurofisiológico se refiere a intervenciones que se centran en las funciones del sistema nervioso.

Tratamiento neuropsicológico se refiere a intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar las deficiencias en los procesos conductuales y cognitivos.

Tratamiento o **Tratamientos** se refiere a suministros, medicamentos, equipos, protocolos, procedimientos, terapias, intervenciones quirúrgicas y términos similares utilizados para describir maneras de tratar un problema de salud o una afección.

Tratamiento psicofisiológico se refiere a las intervenciones diseñadas para aliviar o disminuir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso a causa de factores emocionales o conductuales.

Unidad de cuidados intensivos neonatales o UCIN es la unidad también conocida como sala de cuidados especiales o sala de cuidados intensivos para recién nacidos. El ingreso en la UCIN ocurre, por lo general, cuando el recién nacido nace de forma prematura, si hay problemas durante el parto o si el recién nacido muestra signos de un problema médico después del parto.

Usted se refiere al Suscriptor.

Visita virtual para Beneficios médicos incluye el diagnóstico y el Tratamiento de afecciones médicas menos graves mediante audio en tiempo real con tecnología de video (visitas por video) o un proceso de entrevista en línea (visitas virtuales), o audio únicamente. Las visitas virtuales proporcionan comunicación de información médica en tiempo real entre el Miembro y un Médico o Profesional de la salud que se encuentra a distancia, mediante el uso de audio en tiempo real con tecnología de video o audio únicamente, o un proceso de entrevista en línea fuera de un Centro médico (por ejemplo, desde el domicilio o desde el trabajo).

Cómo funciona el plan

Nuestro derecho a tener contratos con proveedores

Tenemos contratos con proveedores de los beneficios cubiertos como se determina que pueden proporcionarlos de manera razonable. El Emisor no es un agente de ningún Proveedor participante, como tampoco ningún Proveedor participante es un agente del Emisor. Ningún Miembro, como tal, es un agente o representante del Emisor ni de sus Proveedores participantes. Ningún Miembro será responsable de las acciones u omisiones de los Proveedores participantes ni de sus agentes o empleados.

Los Proveedores participantes harán esfuerzos razonables para mantener una relación proveedor-paciente adecuada con los Miembros a quienes les proporcionan atención. Asimismo, Usted y Sus Dependientes cubiertos harán esfuerzos razonables para mantener una relación proveedor-paciente adecuada con los Proveedores participantes que proporcionan dicha atención. Los Proveedores participantes determinan los métodos y la forma de Tratamiento proporcionada a los Miembros. Es posible que no se puedan proporcionar todas las formas de Tratamiento, y aunque las preferencias o creencias personales de un Miembro puedan entrar en conflicto con la atención que ofrecen los Proveedores participantes, el Miembro no tendrá derecho a ninguna clase específica de proveedor autorizado, escuela de enfoque de dicha atención, ni podrá de otro modo determinar proveedores que le proporcionarán atención al Miembro que no sean los indicados en esta Evidencia de cobertura. Esta disposición no restringe el derecho del Miembro a consentir o aceptar un Tratamiento. El hecho de que un Proveedor participante haya indicado o autorizado ese Tratamiento no significa necesariamente que esté cubierto según el Acuerdo.

Red del Plan

Los Miembros tienen derecho a los beneficios cubiertos especificados y sujetos a las condiciones y limitaciones establecidas en el Programa de beneficios y esta Evidencia de cobertura que son Médicamente necesarios. Salvo para la Atención de emergencia, las remisiones aprobadas a Proveedores no participantes o a atención proporcionada a un hijo Dependiente cubierto según una Orden de manutención médica calificada que se encuentra fuera del Área de servicio, los beneficios cubiertos están disponibles únicamente mediante los Proveedores participantes. No tenemos responsabilidad ni obligación alguna por la atención que un Miembro necesitó o recibió de otro proveedor, Hospital, Centro de atención prolongada o de otra persona, institución u organización, a menos que el Director médico haya obtenido una Autorización previa para la remisión. Los Miembros pueden acceder a listas actualizadas de Proveedores participantes y a otra información sobre la Red del Plan si visitan Nuestro sitio web, swhp.org.

Médico de atención primaria

Según este Plan, los Miembros no tienen que seleccionar un Médico de atención primaria (PCP), pero se recomienda que lo hagan. El PCP está disponible para supervisar y coordinar la atención médica del Miembro en la Red del Plan. Si un Miembro se rehúsa a seleccionar un PCP, Nosotros no asignaremos uno. Los Miembros pueden solicitar utilizar un Médico especialista como un PCP si el Miembro tiene una enfermedad o afección crónica, incapacitante o potencialmente mortal. Los Miembros no necesitan una remisión de un PCP antes de recibir la atención de un especialista.

Se puede seleccionar un PCP de la Lista de Médicos de atención primaria que publica el Emisor. La posibilidad de seleccionar un Proveedor participante como un PCP está sujeta a la disponibilidad de ese Médico. Para obtener una lista actualizada y vigente de Médicos de atención primaria, visite Nuestro sitio web, swhp.org, o llámenos al 844-633-5325. Las Miembros mujeres pueden seleccionar un obstetra o ginecólogo, además del PCP, para que proporcione Tratamiento que se encuentre dentro del alcance de la autorización del proveedor.

Usted o Sus Dependientes cubiertos pueden cambiar Su Médico de atención primaria en cualquier momento.

Médico especialista

En la Red del Plan, se incluye una amplia variedad de Médicos especialistas.

Sin embargo, es posible que haya situaciones en las que los Miembros necesiten atención de un Proveedor participante. Esto puede ocurrir si un Miembro tiene un problema médico complejo que un Proveedor participante no puede atender. Si la atención que Usted o Su Dependiente cubierto necesita no está disponible mediante Proveedores participantes, comuníquese con Nosotros al 844-633-5325 para recibir la Autorización previa necesaria para los beneficios fuera de la red en dicha situación.

Proveedores participantes

Salvo para la Atención de emergencia, los Miembros pueden elegir Proveedores participantes dentro de la Red del Plan para todo tipo de atención. La Red del Plan consta de Médicos, Médicos especialistas, Hospitales y otros centros de atención médica que prestan servicios a los Miembros en toda el Área de servicio de la red. Consulte el directorio de proveedores o visite Nuestro sitio web, swhp.org, para hacer las selecciones como Miembro. La lista de Proveedores participantes puede cambiar ocasionalmente, por lo que debe asegurarse de que los proveedores seleccionados sigan siendo Proveedores participantes en el momento del servicio. Una vez al año como mínimo, se pondrá a disposición un directorio actualizado. Los Miembros también puede ingresar a Nuestro sitio web, swhp.org, para consultar la lista más actualizada a fin de encontrar un Proveedor participante.

Si un Miembro elige un Proveedor participante, el proveedor nos facturará a Nosotros, y no al Miembro, por la atención proporcionada. El Proveedor acordó aceptar como pago total el menor de los siguientes:

- Los cargos facturados.
- El Monto permitido, que determina el Emisor.
- Otros montos de pago determinados de manera contractual.

El Suscriptor es responsable de pagar todos los Deducibles y los montos de Copago según lo establecido en el Programa de Beneficios. Es posible que el Suscriptor deba pagar los beneficios limitados o no cubiertos. No se necesitan formularios de Reclamo.

Proveedores no participantes

Salvo por la Atención de emergencia, todos los beneficios cubiertos según esta Evidencia de cobertura deben ser proporcionados por Proveedores participantes, a menos que un Proveedor participante solicite una remisión a un Proveedor no participante y la remisión reciba la Autorización previa de Nuestro Director médico.

Si el Miembro necesita un beneficio cubierto Médicamente necesario que no esté disponible mediante un Proveedor participante y Nosotros aprobamos la remisión del Proveedor participante del Miembro, Nosotros cubriremos el beneficio como si lo proporcionara un Proveedor participante. Se eximirá al Miembro de los montos que excedan el Copago y el Deducible que el Suscriptor habría pagado si el Miembro hubiera recibido beneficios de un Proveedor participante.

Tras la solicitud de un Proveedor participante, Nosotros debemos aprobar una remisión a un Proveedor no participante dentro del plazo correspondiente dadas las circunstancias, y dicho plazo no podrá ser superior a cinco (5) días hábiles. Además, tras la solicitud de un Proveedor participante, Nosotros debemos disponer una revisión de un proveedor de atención médica experto en la misma especialidad o una especialidad similar al tipo de proveedor de atención médica para quien se solicitó una remisión antes de que Nosotros podamos rechazar la remisión.

Si Nosotros autorizamos la remisión a un Proveedor no participante, solo se permitirá la atención en la medida en que dicha atención esté cubierta según esta Evidencia de cobertura y se reembolse al Proveedor no participante a la Tarifa usual y habitual o acordada, salvo los Copagos, y los cargos de la atención no cubierta.

En todos los casos, la Atención de emergencia Médicamente necesaria que se reciba de un Proveedor no participante se reembolsará de acuerdo con los términos de esta Evidencia de cobertura a la Tarifa usual y habitual o acordada, salvo los Copagos, y los cargos de la atención no cubierta. Se eximirá al Miembro de los montos que excedan el Copago u otros Gastos de bolsillo que el Suscriptor habría pagado si la Red incluyera a Proveedores participantes de los cuales el Miembro pudiera obtener la atención.

En casos que no sean de emergencia, el Plan no cubrirá ningún gasto asociado con los Tratamientos proporcionados o indicados por los Proveedores no participantes, ya sea dentro o fuera del Área de servicio, para los cuales Nosotros no hemos autorizado la remisión a un Proveedor no participante. Las complicaciones de dichos Tratamientos no autorizados no se cubrirán antes de la fecha en que Nosotros coordinemos el traslado del Miembro al Proveedor participante.

Cada remisión a un Proveedor no participante estará sujeta a una revisión y aprobación independiente de Nuestra parte. Por ejemplo, una autorización para recibir Tratamiento de un Proveedor no participante tampoco autoriza la hospitalización en un Hospital que no sea un Hospital participante ni la remisión del Proveedor no participante a otro Médico.

Es posible que algunos proveedores del Centro, como anestesistas, patólogos y radiólogos, no estén incluidos en la Red del Plan. En determinadas circunstancias, Nosotros podemos autorizar que el Miembro reciba Tratamiento de un Proveedor no participante. El Miembro no será responsable de un monto superior al monto de Copago y Deducible correspondiente según el Plan respecto del monto inicial que el plan determinó que se debía pagar. El Miembro se debe comunicar con el Emisor si recibe una factura de saldo del proveedor de un Centro, del proveedor de un Centro no participante o de otro Profesional de la salud que pueda facturarle un saldo al Miembro. Para determinar la situación contractual de los proveedores, los Miembros pueden consultar el directorio de proveedores en Nuestro sitio web, swhp.org, o llamarnos al 844-633-5325.

Continuidad de la atención

Salvo lo especificado en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura, si los Proveedores participantes no proporcionan, o no pueden proporcionar, los beneficios cubiertos que han acordado proporcionar, Nosotros aceptamos coordinar, mediante Nuestro Director médico, la prestación de los Beneficios médicos a los Miembros.

Si Usted o Sus Dependientes cubiertos reciben beneficios cubiertos de un Proveedor participante que finaliza su relación con el Emisor, Nosotros le daremos al Miembro un aviso de finalización con treinta (30) días de anticipación como mínimo después de recibida la notificación del proveedor. Sin embargo, si se finaliza la relación por motivos relacionados con daño inminente, Nosotros le informaremos al Miembro de inmediato.

Salvo en casos de incompetencia médica o comportamiento poco profesional, la finalización no libera al Emisor de reembolsar al Proveedor participante por proporcionarles tratamiento a Usted o a Sus Dependientes cubiertos en determinadas circunstancias especiales. Las circunstancias especiales pueden ser una afección que, según el criterio razonable de Su Médico o proveedor, o del Médico o proveedor de Su Dependiente cubierto, podría causarle daño a Usted o a Su Dependiente cubierto si el Médico o proveedor interrumpiera el Tratamiento para el Miembro; estas incluyen una discapacidad, una afección aguda, una Enfermedad o condición potencialmente mortal, o un embarazo de más de veinticuatro (24) semanas. Sin embargo, el Proveedor participante debe identificar primero la circunstancia especial y enviar una solicitud a Nuestro Director médico para que se le permita a Usted o a Su Dependiente cubierto continuar el Tratamiento a cargo del Proveedor participante. El Proveedor participante debe aceptar no solicitarle a Usted ni a Su Dependiente cubierto el pago de ningún monto por el que Usted no sería

responsable si el Profesional participante siguiera teniendo contrato con Nosotros. Si se aprueba la solicitud, Nuestra obligación de pagar los servicios del Proveedor participante no deberá exceder los noventa (90) días posteriores a la fecha de finalización o los nueve (9) meses en caso de una enfermedad terminal que se le diagnosticó a Usted o a Su Dependiente cubierto al momento de la finalización y no deberá exceder la tarifa del contrato. Si Usted o un Dependiente cubierto tiene más de veinticuatro (24) semanas de embarazo al momento de la finalización, Nuestra obligación de reembolsarle a un Proveedor participante finalizado por los servicios se extiende hasta el trabajo de parto, la atención posparto inmediata y los controles de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas posteriores al parto.

Negativa a aceptar el Tratamiento

Si un Miembro se niega a cooperar con las recomendaciones de los Proveedores participantes respecto de la atención médica para dicho Miembro o se niega a aceptar tales recomendaciones, los Proveedores participantes pueden considerar que esa negativa obstruye la prestación de la atención médica adecuada. En tales casos, los Proveedores participantes harán esfuerzos razonables para complacer al Miembro. Sin embargo, si el Proveedor participante determina que no existe una alternativa aceptable para el Proveedor participante, se le informará al Miembro. Si un Miembro continúa negándose a seguir las recomendaciones, ni Nosotros ni Nuestros Proveedores participantes tendremos otra responsabilidad según el Acuerdo en cuanto a proporcionar atención para la afección en Tratamiento.

Necesidad médica

Los beneficios disponibles según el Plan deben ser Médicamente necesarios tal como se describe en la sección **Definiciones** de esta Evidencia de cobertura.

Revisión de utilización

El Plan incluye un programa de Revisión de utilización para evaluar las internaciones en Centros quirúrgicos ambulatorios y Hospitales de pacientes internados y ambulatorios, y las intervenciones quirúrgicas de pacientes ambulatorios específicas que no sean de emergencia, los procedimientos diagnósticos y otros servicios. Este programa garantiza que la atención de ese Centro quirúrgico ambulatorio y Hospital se reciba en el entorno más adecuado, y que ninguna otra intervención quirúrgica específica o ningún otro servicio sea Médicamente necesario. La Revisión de utilización incluye todas las actividades de revisión y se puede realizar como:

- Revisión de Autorización previa, que se realiza antes de que se proporcione un servicio que requiere Autorización previa.
- Revisión de Ingreso, que se realiza antes del ingreso en un Hospital o después de un ingreso de emergencia.
- Revisión de continuación de la estancia, que se realiza durante la estancia en un Hospital.
- Revisión retrospectiva, que se realiza luego del alta de un Hospital o después de que se proporcionaron los servicios.

Determinados beneficios requieren una Autorización previa para estar cubiertos. Para consultar una lista completa de beneficios que requieren Autorización previa, visite Nuestro sitio web, swhp.org.

Aceptaremos solicitudes de renovación de una Autorización previa existente a partir de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que vencerá la Autorización previa existente. Tras recibir una solicitud de renovación de una Autorización previa existente, Nosotros, en la medida de lo posible, revisaremos y emitiremos una determinación que indique si el beneficio está autorizado previamente antes del vencimiento de la autorización existente.

Revisión de Autorización previa

Para cumplir con los requisitos de revisión de Autorización previa, el Miembro o Proveedor participante debe comunicarse con Nosotros llamando al número de teléfono para autorizaciones que aparece en la Tarjeta de

identificación del Miembro los días hábiles de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del centro (CT), y los sábados, domingos y feriados de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., hora del centro (CT), al menos, tres (3) días calendario antes del ingreso o de la fecha programada de un beneficio propuesto que requiere Autorización previa. Los Proveedores participantes pueden Autorizar previamente beneficios para los Miembros, cuando sea necesario, pero el Miembro es responsable de garantizar que se cumplan los requisitos de Autorización previa.

Sujeto a los requisitos de aviso y antes de la emisión de una Determinación adversa, si cuestionamos la Necesidad médica o la idoneidad de un servicio, le brindaremos al Proveedor participante que lo solicitó la oportunidad razonable de hablar con Nuestro Director médico sobre el plan de Tratamiento del Miembro y el fundamento clínico de Nuestra determinación. Si determinamos que el beneficio propuesto no es Médicamente necesario, se informará por escrito al Miembro o Proveedor participante en el plazo de tres (3) días. El aviso por escrito incluirá lo siguiente:

- Los motivos principales de la Determinación adversa.
- El fundamento clínico de la Determinación adversa.
- Una descripción de la fuente de los criterios de selección utilizados como pautas para tomar la Determinación adversa.
- Una descripción del procedimiento para el proceso de Queja y Apelación, incluidos los derechos del Miembro y el procedimiento para Apelar ante una Organización de Revisión Independiente.

En el caso de un procedimiento o ingreso de Emergencia, debemos informar en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas del procedimiento o ingreso, o en cuanto sea razonablemente posible. Es posible que consideremos si la afección del Miembro era lo suficientemente grave como para impedir que el Miembro nos informara o si un familiar no pudo informarnos en nombre del Miembro.

Si el Miembro tiene una Enfermedad o afección potencialmente mortal, como Tratamiento de emergencia u hospitalización continuada, o en circunstancias que impliquen Medicamentos recetados o infusiones intravenosas, el Miembro tiene derecho a una revisión inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente, pero el Miembro no está obligado a solicitar primero que Nosotros realicemos una revisión interna.

Revisión de Ingreso

Si no se realiza una revisión de Autorización previa, determinaremos, en el momento del ingreso, si el ingreso en el Hospital, la intervención quirúrgica de paciente ambulatorio específica que no sea de emergencia o un procedimiento diagnóstico es Médicamente necesario.

Revisión de continuación de la estancia

También determinaremos si la continuación de la estancia en un Hospital o Centro de enfermería especializada es Médicamente necesaria. Daremos aviso de Nuestra determinación dentro de las veinticuatro (24) horas, por teléfono o transmisión electrónica, al proveedor responsable, seguido de un aviso por escrito en el plazo de tres (3) días laborables para el Miembro o proveedor responsable. Si aprobamos o rechazamos la atención Posterior a la estabilización después de la Atención de emergencia relacionada con una Enfermedad o afección potencialmente mortal, informaremos al Médico tratante, o a otro proveedor, dentro del plazo correspondiente dadas las circunstancias, en relación con la prestación de servicios y la afección del Miembro, pero en ningún caso dicho plazo podrá ser superior a una (1) hora desde la solicitud de aprobación.

Revisión retrospectiva

En el caso de que se determine que los servicios son Médicamente necesarios, se proporcionarán los beneficios según lo descrito en el Plan. Si se determina que una estancia en el Hospital o cualquier otro servicio no era Médicamente necesario, Usted será responsable de pagar las tarifas de dichos servicios. Daremos aviso de Nuestra Determinación adversa por escrito al Miembro y al proveedor responsable dentro de un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días desde la fecha en la que se reciba el Reclamo, a condición de que podamos extender el período de 30 días hasta quince (15) días como máximo si:

- Determinamos que se necesita una extensión debido a asuntos que exceden Nuestro control.
- Le informamos a Usted y al proveedor responsable, dentro del período inicial de 30 días, sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que esperamos tomar una decisión.

Si el período se extiende porque Usted o el proveedor responsable no presentaron la información necesaria para tomar la determinación, el período para tomar la determinación se extenderá desde la fecha en que le enviemos a Usted o al proveedor Nuestro aviso de la extensión hasta lo que ocurra primero: la fecha en que Usted o el proveedor respondan a Nuestra solicitud o la fecha en la que se debía presentar la información específica.

Incumplimiento del requisito de Autorización previa

Si un beneficio que requiere Autorización previa no se Autoriza previamente y se determina que el beneficio no era Medicamento necesario, es posible que se reduzca o se deniegue el beneficio. El Miembro también puede tener que pagar montos adicionales que no se tendrán en cuenta para el Deducible o el Máximo de bolsillo del Miembro.

Medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Determinaremos si el uso de Medicamentos recetados o infusiones intravenosas es Medicamento necesario.

Apelación de una Determinación adversa

Apelación interna de una Determinación adversa

Nuestra determinación de que la atención que el Miembro solicitó o recibió no era Medicamento necesaria o adecuada, o era Experimental o estaba En fase de investigación en función de Nuestras normas de Revisión de utilización es una Determinación adversa, lo cual significa que se deniega la solicitud de cobertura de atención del Miembro. Una vez que tengamos toda la información para tomar una decisión, si no tomamos una determinación de Revisión de utilización dentro de los plazos correspondientes establecidos anteriormente, se considerará que la Determinación adversa estará sujeta a una Apelación interna.

El Miembro, una persona que actúa en nombre del Miembro o el Médico del Miembro puede solicitarnos una Apelación interna de una Determinación adversa de forma oral o por escrito de acuerdo con Nuestros procedimientos de Apelación interna. Los Miembros tendrán un plazo de ciento ochenta (180) días tras la recepción de una notificación de una Determinación adversa dentro del cual podrán Apelar la determinación. Acusaremos recibo de la solicitud de una Apelación interna del Miembro dentro de los cinco (5) días laborables de la recepción. Dicho acuse de recibo, de ser necesario, informará al Miembro sobre toda información adicional necesaria para poder tomar una decisión. Un revisor externo clínico, que sea un Médico o un Profesional de la salud en la misma especialidad o una similar que el proveedor, que normalmente trata la enfermedad o afección en cuestión y que no sea subordinado del revisor externo clínico que tomó la Determinación adversa inicial realizará la Apelación.

Si se deniega la Apelación del Miembro, Nuestro aviso incluirá una declaración clara y concisa del fundamento clínico para la denegación, y el derecho del miembro a solicitar la revisión de la denegación a cargo de una Organización de Revisión Independiente y los procedimientos para la obtención de dicha revisión.

Si el Miembro tiene una Enfermedad o afección potencialmente mortal, o en circunstancias que impliquen Medicamentos recetados o infusiones intravenosas, el Miembro tiene derecho a una revisión inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente, pero el Miembro no está obligado a solicitar primero que Nosotros realicemos una revisión interna.

Apelación de una Determinación adversa

Si la Apelación del Miembro está relacionada con una Determinación adversa, tomaremos una decisión sobre la Apelación dentro de los treinta (30) días calendario después de la recepción de la solicitud de Apelación. El Miembro o la persona designada del Miembro y, cuando corresponda, el Proveedor del Miembro recibirán un aviso por escrito

de la determinación dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la fecha en que se tomó la determinación, pero, a más tardar, treinta (30) días calendario después de la recepción de la solicitud de Apelación.

Apelación acelerada

Una Apelación relacionada con beneficios continuados o prolongados, beneficios adicionales proporcionados en el transcurso del Tratamiento continuado, beneficios de Atención médica a domicilio luego del alta de un Hospital para pacientes internados, beneficios en los que un proveedor solicita una revisión inmediata o cualquier otro asunto urgente se manejará de forma acelerada.

El Miembro también podrá solicitar una Apelación acelerada para la denegación de Atención de emergencia, hospitalización continuada, Medicamentos recetados para los cuales el Miembro recibe beneficios mediante el Plan y una solicitud de excepción de terapia escalonada. Para una Apelación acelerada, el proveedor del Miembro tendrá acceso razonable al revisor externo clínico asignado a la Apelación en el plazo de un (1) día hábil después de recibir la solicitud de una Apelación. El proveedor del Miembro y un revisor externo clínico podrán intercambiar información por teléfono o por fax. La Apelación acelerada se determinará lo antes posible, en las 72 horas siguientes a la recepción de la Apelación o un (1) día hábil después de la fecha de recepción de la información necesaria para realizar la Apelación.

Si un Miembro tiene preguntas sobre los procedimientos de Apelaciones o el procedimiento de revisión, puede comunicarse con Nosotros al 844-633-5325.

Apelación de una Determinación adversa ante una Organización de Revisión Independiente

Una Determinación adversa se refiere a una determinación tomada por Nosotros o por Nuestra organización de Revisión de utilización designada y que establece que los beneficios proporcionados o propuestos para proporcionar no son Médicamente necesarios, o son Experimentales o están En fase de investigación.

Una Determinación adversa interna definitiva se refiere a una Determinación adversa que confirmamos al finalizar Nuestra revisión interna y el proceso de Apelación. Dicho procedimiento corresponde únicamente a las Apelaciones de Determinaciones adversas.

El Miembro o una persona que actúe en nombre del Miembro o el proveedor del Miembro tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de Nuestra decisión de Apelación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO), para lo cual deberá presentar una solicitud ante Nuestro contratista de revisión externa administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), MAXIMUS, dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la recepción del aviso de la determinación de la Apelación del Miembro. El Miembro no debe pagar ningún costo por la revisión independiente.

El Miembro no tendrá que agotar Nuestro proceso de Apelación para recurrir a una IRO en los siguientes casos:

- No se han cumplido los plazos del proceso de Apelación.
- Se trata de una situación de Atención de urgencia.

En circunstancias que no sean de urgencia, el Miembro podrá solicitar una revisión externa estándar. Para la Atención de urgencia, el Miembro podrá solicitar una revisión externa acelerada.

El examinador de la IRO se comunicará con Nosotros tras recibir la solicitud de revisión externa. Para una revisión externa estándar, le proporcionaremos al examinador todos los documentos y la información utilizados para tomar la Determinación adversa interna definitiva dentro de los tres (3) días hábiles. Para una revisión externa acelerada, le proporcionaremos al examinador todos los documentos y la información utilizados para tomar la Determinación adversa interna definitiva lo antes posible.

El Miembro y Nosotros recibiremos, de parte del examinador de la IRO, un aviso por escrito de la decisión de revisión externa definitiva lo antes posible, pero, a más tardar, veinte (20) días después de la fecha en que el examinador reciba la solicitud de una revisión externa estándar. Para una revisión externa acelerada, el Miembro y Nosotros recibiremos, de parte del examinador, la decisión de revisión externa tan pronto como lo requieran las circunstancias médicas, pero, a más tardar, dentro de las setenta y dos (72) horas de recibida la solicitud.

El Miembro podrá solicitar una revisión externa de una Determinación adversa para solicitudes de excepción de Medicamentos recetados. La IRO emitirá una respuesta para el Miembro o el representante legal del Miembro, a más tardar, dentro de las setenta y dos (72) horas de recibida la solicitud del Miembro. En el caso de una Apelación acelerada para solicitudes de excepción de Medicamentos recetados, la IRO emitirá una respuesta para el Miembro o el representante legal del Miembro, a más tardar, dentro de las veinticuatro (24) horas de recibida la solicitud.

Programa de administración de casos

Administración de casos ayuda a coordinar los servicios para Miembros con afecciones crónicas o necesidades de atención complejas que requieren educación y orientación permanentes, o un plan complicado de atención que requiere varios servicios y proveedores. Un enfermero de administración de atención trabajará con el Miembro, la familia del Miembro y el Médico para ayudar y coordinar los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de atención del Miembro, a fin de lograr el mejor resultado posible y aprovechar al máximo los beneficios del Miembro. Algunas de las maneras que puede ofrecer un administrador de casos son las siguientes:

- Ayuda para encontrar Proveedores médicos o de salud conductual que puedan satisfacer las necesidades del Miembro.
- Ayuda para conseguir recursos de la comunidad que puedan estar a disposición del Miembro.
- Información y recursos para que los Miembros puedan entender más sus afecciones y cómo tratarlas mejor.
- Ayuda para aprender a desplazarse por el sistema de atención médica y comprender mejor los beneficios.

Si los Miembros tienen una enfermedad o afección médica para la cual Nosotros dirigimos un programa de administración de casos, Nosotros o Nuestro proveedor de administración de casos designado podemos comunicarnos con el Miembro y ofrecerle la oportunidad de participar en la administración de casos.

Programa de atención integral de las enfermedades

Contamos con un programa de atención integral de las enfermedades que se ofrece a los Miembros sin costo adicional. El programa ayuda a los Miembros con ciertas afecciones a aprender más acerca de la manera de tratarlas. Dichas afecciones son, entre otras, las siguientes:

- Asma
- Arteriopatía coronaria
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca

La participación en la atención integral de las enfermedades es completamente voluntaria, y los Miembros pueden participar o no en cualquier momento sin que ello afecte sus beneficios. Los miembros que acepten participar recibirán llamadas telefónicas de enfermeros con formación específica, como así también información útil por correo postal.

Prueba de cobertura

El Emisor le proporcionará a Usted una copia de cobertura según el Acuerdo. Dicha evidencia constará de una copia original del Acuerdo y una Tarjeta de identificación, como se describe a continuación. Usted también recibirá una lista actualizada de los Proveedores participantes, como también material educativo adicional sobre el Emisor y los beneficios que se proporcionan según el Acuerdo.

Tarjeta de identificación

La Tarjeta de identificación (Tarjeta de ID) les informa a los Proveedores participantes que Usted y Sus Dependientes cubiertos tienen derecho a los beneficios según el Plan que tiene con Nosotros. La Tarjeta de identificación ofrece una manera práctica de proporcionar información importante y específica sobre Su cobertura y la de Su Dependiente, como la siguiente:

- Identificación de Miembro.
- Montos de Costo compartido que se pueden aplicar a Su cobertura o a la de Su Dependiente.
- Números de teléfono importantes.

Recuerde siempre llevar la Tarjeta de identificación y presentarla ante los Proveedores participantes o las Farmacias participantes cuando reciba los beneficios cubiertos.

Consulte la sección **Elegibilidad e inscripción** de esta Evidencia de cobertura para obtener instrucciones cuando se realizan cambios. Tras recibir el cambio de información, le proporcionaremos una nueva Tarjeta de identificación.

Las tarjetas de identificación son propiedad del Emisor y son para fines de identificación únicamente. La posesión de una Tarjeta de identificación del Emisor no confiere derechos a beneficios según el Acuerdo. Para tener derecho a dichos beneficios, el titular de la tarjeta debe, de hecho, ser un Miembro en cuyo nombre se hayan efectuado todos los Pagos obligatorios según el Acuerdo. Toda persona que reciba beneficios a los que no tendría derecho conforme a las disposiciones del Acuerdo estará sujeta a cargos a las tarifas del proveedor vigentes en ese momento. Si Usted o Su Dependiente cubierto permiten que otra persona utilice una Tarjeta de identificación del Emisor, podremos retener dicha tarjeta, y todos Sus derechos y los de Sus dependientes, cubiertos en virtud del Acuerdo, se darán por finalizados dieciséis (16) días después del aviso por escrito.

Finalización de la cobertura

Ya sea que el Suscriptor haya adquirido la cobertura en el Mercado o directamente de Nosotros, podemos finalizar Su cobertura y la de Su Dependiente cubierto en las siguientes circunstancias:

- Treinta y un (31) días después de Nuestro aviso por escrito en el que se indica que Usted no efectuó ningún Pago obligatorio a su vencimiento.
- Si Usted o Su Dependiente cubierto (excepto según se describe en el apartado Incontestabilidad) cometen un fraude o hacen una tergiversación intencional de un hecho importante, o cometen fraude en el uso de servicios y centros, se podrá dar por finalizada la cobertura retroactivamente transcurridos treinta (30) días desde Nuestro aviso por escrito.
- El Miembro deja de vivir, trabajar o residir en el Área de servicio transcurridos treinta (30) días desde el aviso por escrito. La cobertura de un hijo que esté sujeto a una Orden de manutención médica calificada no se podrá cancelar únicamente porque el hijo no resida, viva ni trabaje en el Área de servicio.
- Nuestra interrupción de la cobertura en el Área de servicio. La cobertura puede ser cancelada después de noventa (90) días del aviso por escrito, en cuyo caso debemos ofrecer a cada Miembro, con garantía de emisión, cualquier otra cobertura de atención médica que ofrezcamos en esa Área de servicio. Si nos retiramos completamente del mercado en el Área de servicio, la cobertura de este Plan se puede cancelar después de ciento ochenta (180) días del aviso por escrito al comisionado de seguros del estado y a los Miembros, en cuyo caso no podremos volver a entrar en el mercado en esa Área de servicio durante cinco (5) años a partir de la fecha de la interrupción de la última cobertura no renovada.

Para una cobertura adquirida en el Mercado, el Mercado puede finalizar la cobertura del Miembro, pero debe permitirnos finalizar la cobertura cuando:

- El Miembro ya no sea elegible para la cobertura a través del Mercado. El último día de cobertura es el último día del mes siguiente al mes en el que el Mercado envía el aviso, a menos que el Miembro solicite una fecha efectiva de finalización anticipada.

- El Miembro cambia de un QHP a otro durante el Período de inscripción abierta. El último día de cobertura en el QHP anterior del Miembro es el día anterior a la fecha de entrada en vigor de la cobertura en el nuevo QHP del Miembro.
- Damos por finalizado el Plan.

Los Miembros podrán finalizar su cobertura en el Plan por cualquier motivo tras proporcionarnos un aviso por escrito. La finalización de la cobertura del Plan se hará efectiva el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos la solicitud por escrito.

Tras la finalización de la cobertura según lo descrito arriba, no tendremos ninguna otra obligación o responsabilidad según el Acuerdo. Los Pagos obligatorios efectuados por adelantado por el Miembro o en Su nombre se reembolsarán, y los Pagos obligatorios impagos a la fecha del servicio se considerarán vencidos y pagaderos. El Suscriptor es responsable de todos los Pagos obligatorios vencidos, pero impagos.

La fecha efectiva de finalización será el último día para el cual se pagaron puntualmente las Primas.

Restablecimiento de la cobertura

En cualquier momento tras la finalización de la cobertura del Acuerdo por el incumplimiento de un Pago obligatorio o antes del vencimiento de sesenta (60) días desde la fecha en que debía efectuarse dicho pago, una persona que haya sido un Suscriptor del Acuerdo puede solicitar el restablecimiento para el Suscriptor y los Dependientes cubiertos de acuerdo con los siguientes términos:

- La persona debe presentar una solicitud de restablecimiento por escrito correspondiente a todas las personas para quienes se solicita el restablecimiento.
- La persona debe pagarnos todos los montos pendientes y pagar por adelantado la Prima correspondiente del mes siguiente en el que se solicita el restablecimiento.
- El Acuerdo se restablecerá para cubrir únicamente al Suscriptor y a los Dependientes cubiertos que eran elegibles y tenían cobertura antes de la finalización del Acuerdo.
- El Suscriptor y los Dependientes cubiertos tendrán los mismos derechos según el Acuerdo que existían antes de la finalización.
- El Suscriptor podrá solicitar el restablecimiento una sola vez.
- La cobertura se restablecerá el día de finalización si se cumplen los términos de esta disposición de restablecimiento.

Elegibilidad e inscripción

Tipos de cobertura

Suscriptor

Suscriptor y cónyuge

Usted y Su cónyuge que sea Dependiente elegible según lo definido en esta Evidencia de cobertura.

Suscriptor e hijo(s)

Usted y Su hijo que sea Dependiente elegible según lo definido en esta Evidencia de cobertura.

Suscriptor y familia

Usted y los integrantes de Su familia que sean Dependientes elegibles según lo definido en esta Evidencia de cobertura.

Solo para hijos

Los hijos elegibles menores de 21 años pueden inscribirse como Suscriptores del Acuerdo. En dicho caso, se aplican las siguientes restricciones:

- Cada hijo se inscribe de forma individual como único Suscriptor; el padre, la madre o el tutor legal no tienen cobertura y no son elegibles para los beneficios de este Plan.
- No se pueden agregar más dependientes a la cobertura del hijo inscrito. Cada hijo debe estar inscrito en su propio Plan. Si un hijo cubierto por el Acuerdo tiene un nuevo hijo elegible propio, el nuevo hijo elegible podrá inscribirse en la cobertura de su propio Plan si la solicitud de cobertura se realiza dentro de los sesenta (60) días.
- Si un hijo es menor de 18 años, su padre, madre, tutor legal u otra parte responsable deben presentar la solicitud de cobertura solo para el hijo, junto con los anexos, los apéndices, los suplementos u otra información necesaria, ante Nosotros y el Mercado, según corresponda. En el caso de los hijos menores de 18 años cubiertos por el Acuerdo, las obligaciones establecidas en el Acuerdo, los anexos, los apéndices, los suplementos u otra información necesaria serán obligaciones del padre, de la madre, del tutor legal o de otra parte responsable que solicite la cobertura en nombre del hijo. La solicitud de cobertura solo para el hijo no se aceptará para un hijo adulto que haya tenido 21 años cumplidos al inicio del Año del Plan. Los hijos adultos (de, al menos, 18 años, pero no mayores de 20 años de edad), que se presenten como único Suscriptor según el Acuerdo, deben solicitar su propio Plan individual y deben firmar o autorizar la(s) solicitud(es).

Disposiciones de elegibilidad

Para las personas que se inscriben a través del Mercado, la elegibilidad para esta cobertura será determinada por el Mercado, de conformidad con la ley vigente. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad, consulte [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Suscriptor elegible

Para que una persona sea elegible para la cobertura como Suscriptor, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Solicitar la cobertura durante el Período de inscripción abierta o después de un Acontecimiento desencadenante.
- Trabajar, vivir o residir en el Área de servicio.

Dependiente elegible

Los dependientes deben solicitar la cobertura durante el Período de inscripción abierta o después de un Acontecimiento desencadenante, y ser un Dependiente elegible según lo definido en la sección **Definiciones** de esta Evidencia de cobertura.

Para que un dependiente sea elegible y permanezca elegible para la cobertura como dependiente, el Suscriptor en cuya inscripción está basada la elegibilidad del dependiente debe inscribirse y permanecer inscrito en el Plan.

Los Dependientes elegibles pueden residir dentro o fuera del Área de servicio. En el caso de un hijo cubierto por una Orden de manutención médica calificada que reside fuera del Área de servicio, no haremos cumplir las disposiciones de otro modo vigentes que deniegan, limitan o reducen los beneficios porque el hijo reside fuera del Área de servicio, lo que incluye, entre otros, la Atención de emergencia únicamente mientras se encuentre fuera del Área de servicio. Sin embargo, podemos utilizar otro sistema de prestación para proporcionar cobertura alternativa. Si la cobertura no es idéntica a la cobertura de esta Evidencia de cobertura, será, al menos, actuarialmente equivalente a la cobertura que proporcionamos a otros hijos dependientes según esta Evidencia de cobertura. Los Dependientes elegibles, que no estén sujetos a una Orden de manutención médica calificada, pueden estar limitados a las restricciones de la Red de la HMO. Si Usted se ha inscrito a través del Mercado, debe informar al Mercado dentro de los treinta (30) días sobre su intención de agregar a un hijo sujeto a una Orden de manutención médica calificada.

Requisitos de elegibilidad adicionales

Una persona no es elegible como Suscriptor o Dependiente elegible según esta Evidencia de cobertura si alguno de los siguientes enunciados es cierto:

- El empleador de la persona paga una parte de la Prima o los beneficios de cobertura de la persona según esta Evidencia de cobertura.
- El empleador o el Miembro considera esta Evidencia de cobertura como parte del plan o programa a efectos de la Sección 106 o 162, Código de Rentas Internas de 1986 (Título 26 del Código de los Estados Unidos [USC], Sección 106 o 162).

Períodos de inscripción y fechas de entrada en vigor de la cobertura

Inscripción abierta

Para inscribirse en el Plan, Usted y Sus Dependientes elegibles deben presentar la solicitud correspondiente, que incluye lo siguiente:

- Una Solicitud de inscripción completa, ya sea a través del Mercado o directamente con Nosotros.
- El pago de la Prima a su vencimiento.

Cuando Usted se inscribe durante el Período de inscripción abierta, la fecha de entrada en vigor para Usted y Sus Dependientes elegibles será el 1.º de enero siguiente, a menos que el Mercado y Nosotros determinemos lo contrario, según corresponda.

Si un Miembro no efectúa los Pagos obligatorios a su vencimiento, se podrá cancelar su inscripción en el Plan, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el Acuerdo.

Inscripción especial

Usted o Sus Dependientes elegibles pueden inscribirse en un Plan de salud calificado a través del Mercado o directamente con Nosotros, o cambiar de uno a otro, como resultado de uno de los Acontecimientos desencadenantes indicados a continuación.

El período de inscripción especial, por lo general, es de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha del Acontecimiento desencadenante. La cobertura entrará en vigor a partir del primer día del mes siguiente para las

elecciones realizadas hasta el día 15 del mes anterior, y el primer día del segundo mes siguiente para las elecciones realizadas entre el día 16 y el último día de un mes, a menos que se especifique lo contrario a continuación. Las personas elegibles original o recientemente para inscribirse que no se inscriban durante el período de inscripción especial no podrán inscribirse hasta el próximo Período de inscripción abierta.

Usted o Su dependiente, cuando esté especificado a continuación, pueden inscribirse en un Plan o cambiar de un Plan a otro como resultado de los siguientes Acontecimientos desencadenantes:

- Usted o Su Dependiente elegible:
 - Pierden la Cobertura esencial mínima. La nueva cobertura para Usted o Su Dependiente elegible entrará en vigor, a más tardar, el primer día del mes siguiente a la pérdida. La pérdida de la Cobertura esencial mínima no incluye la falta de pago de las Primas de manera oportuna, incluidas las Primas de COBRA antes del vencimiento de la cobertura de COBRA o situaciones que permitan una Rescisión. Rescisión se define como una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene un efecto retroactivo. La pérdida de la Cobertura esencial mínima incluye la pérdida de la cobertura porque Usted ya no reside, vive o trabaja en el área de servicio de un plan de salud, así como también el vencimiento de la continuidad de cobertura de COBRA.
 - Están inscritos en algún plan de salud grupal anual sin contrato o en alguna cobertura de seguro médico individual, incluso cuando Usted o Su Dependiente elegible tengan la opción de renovar dicha cobertura. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día del Año del plan.
 - Pierden la cobertura relacionada con el embarazo o pierden el acceso a servicios de atención médica mediante la cobertura proporcionada al feto de una embarazada. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día que Usted o Su Dependiente elegible recibirían la cobertura relacionada con el embarazo o el acceso a servicios de atención médica mediante la cobertura proporcionada al feto.
 - Pierden la cobertura Médicamente necesaria solo una vez por Año calendario. La fecha de la pérdida de la cobertura es el último día que Usted o Su Dependiente elegible recibirían la cobertura Médicamente necesaria.
- Usted adquiere un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o colocación en crianza temporal, o por medio de una orden de manutención de hijos u otra orden judicial. En caso de matrimonio, al menos uno de los cónyuges debe demostrar que tiene Cobertura esencial mínima de uno (1) o más días durante los sesenta (60) días previos a la fecha del matrimonio. A elección del Mercado, Usted pierde un dependiente o ya no es considerado dependiente en caso de divorcio o separación legal, o si Usted o Su dependiente fallecen. La nueva cobertura para Usted o Sus Dependientes elegibles entrará en vigor en la fecha del nacimiento, la adopción, la colocación en crianza temporal, la colocación para adopción o la fecha en que el Suscriptor se convierte en parte de una demanda en la cual el Suscriptor tiene la intención de adoptar a un niño. Sin embargo, para los Miembros inscritos a través del Mercado, los pagos anticipados de cualquier Crédito fiscal para primas y las Reducciones de los costos compartidos, si corresponde, no entrarán en vigor hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción se produzca el primer día del mes. La fecha de entrada en vigor para la cobertura del niño elegible por orden judicial será determinada por Nosotros de conformidad con las disposiciones de la orden judicial.
- Usted o Su Dependiente elegible vuelven a reunir los requisitos para inscribirse en un QHP a través del Mercado.
- Su inscripción o no inscripción en un QHP, o la de Su Dependiente elegible, es no intencional, accidental o errónea y es el resultado del error, la tergiversación, la conducta impropia o la falta de acción de un funcionario, empleado o agente del Mercado o del HHS.
- Usted o Su Dependiente elegible demuestran al Mercado, de forma adecuada, que el QHP en el que están inscritos incumplió sustancialmente una disposición esencial de su contrato en relación con Ustedes.
- Recientemente adquirió o perdió la elegibilidad para los pagos anticipados del Crédito fiscal para primas o cambió la elegibilidad para las Reducciones de los costos compartidos.

- Usted o Su Dependiente elegible obtienen acceso a nuevos QHP como resultado de una mudanza permanente y tenían Cobertura esencial mínima de uno o más días, durante los sesenta (60) días previos a la fecha de la mudanza permanente.
- Usted obtiene o mantiene el estado de indígena estadounidense o se convierte en dependiente de un indígena estadounidense, y puede inscribirse en un QHP o cambiar de un QHP a otro una vez por mes.
- Usted o Su Dependiente elegible demuestran al Mercado que cumplen con otras circunstancias excepcionales, según las disposiciones del Mercado.
- Usted es víctima de violencia doméstica o abandono conyugal, o dependiente o víctima no casada en un grupo familiar, está inscrito en la Cobertura esencial mínima y desea inscribirse en la cobertura separado del autor de los actos de violencia o abandono. Si Usted es dependiente de una víctima de violencia doméstica o de abandono conyugal, en la misma solicitud que la víctima, puede inscribirse en la cobertura al mismo tiempo que la víctima.
- Debido a un acontecimiento que califica, el Mercado los evalúa a Usted o a Su Dependiente elegible como potencialmente elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), y la agencia estatal de Medicaid o CHIP determina que no son elegibles para Medicaid o CHIP después de que la Inscripción abierta haya finalizado o de que hayan transcurrido más de sesenta (60) días después del acontecimiento que califica. Usted también puede haber solicitado cobertura en la agencia estatal de Medicaid o CHIP durante el período anual de Inscripción abierta, y Medicaid o CHIP determina que Usted no es elegible después de que la Inscripción abierta haya finalizado.
- Usted o Su Dependiente elegible demuestran al Mercado, de forma adecuada, que un error material relacionado con los beneficios del plan, el Área de servicio o la Prima influyó en Su decisión de adquirir un QHP a través del Mercado.
- A elección del Mercado, Usted proporciona pruebas documentales satisfactorias para verificar Su elegibilidad para un programa de asequibilidad de seguros o inscripción en un QHP a través del Mercado, tras la finalización de la inscripción en el Mercado, debido a que no se ha verificado ese estado dentro del período especificado, o bien se encuentra por debajo del 100 % del nivel de pobreza federal y no se inscribió en la cobertura mientras esperaba que el HHS verificara Su ciudadanía, condición de nacionalidad o presencia legal.
- Usted o Su Dependiente elegible acaban de obtener acceso a un acuerdo de reembolso de gastos médicos (HRA) con cobertura individual o acaban de recibir un acuerdo de reembolso de gastos médicos para empleadores pequeños calificados (QSEHRA). El Acontecimiento desencadenante es el primer día en que puede entrar en vigor la cobertura que Usted o Su Dependiente elegible tienen del HRA con cobertura individual, o el primer día en que entra en vigor la cobertura del QSEHRA. Usted o Su Dependiente elegible reunirán los requisitos para ese período de inscripción especial, independientemente de si se le ofreció anteriormente o estuvo inscrito en un HRA con cobertura individual, o si ha tenido un QSEHRA, siempre que Usted o Su Dependiente elegible no estén inscritos en el HRA con cobertura individual o tengan cobertura del QSEHRA el día inmediatamente anterior al Acontecimiento desencadenante.

Incontestabilidad

Todas las afirmaciones que Usted realizó en la Solicitud de inscripción se considerarán declaraciones y no garantías. Las afirmaciones se consideran veraces y se realizan según SU leal saber y entender. Las afirmaciones no se pueden utilizar en un litigio para anular, cancelar o dejar de renovar la cobertura de un Miembro ni para reducir los beneficios, salvo que se cumplan las siguientes condiciones:

- Se trata de una Solicitud de inscripción por escrito firmada por Usted.
- Se proporciona o se proporcionó una copia firmada de la Solicitud de inscripción para Usted.

El Acuerdo solo se podrá impugnar por fraude o tergiversación intencional de un hecho importante declarado en la Solicitud de inscripción. Si el Emisor determina que Usted hizo una tergiversación intencional de un hecho importante en la solicitud, el Emisor podrá finalizar Su cobertura de conformidad con el Acuerdo.

Requisitos adicionales

Durante la vigencia del Acuerdo, no se permiten cambios en la cobertura, a menos que el Emisor los apruebe por escrito o estén autorizados de conformidad con los términos establecidos en el Acuerdo.

Usted es responsable de informarnos a Nosotros y al Mercado dentro de los treinta (30) días sobre todos los cambios que afecten Su elegibilidad y la de Sus Dependientes cubiertos, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Cambios en la condición de elegibilidad de Usted o Sus Dependientes cubiertos.
- Elegibilidad de Medicare.
- Elegibilidad para recuperar de un tercero los beneficios que puedan estar sujetos a Subrogación.
- Cambio de dirección.

Ninguna persona podrá recibir la cobertura de este Plan como Suscriptor y Dependiente cubierto a la vez. En ningún caso la Fecha de entrada en vigor de Su Dependiente elegible será anterior a la suya.

Pagos obligatorios

Monto permitido

El Monto permitido es el monto máximo que pagaremos por los gastos en los que incurran los Miembros en el Plan. Hemos establecido un Monto permitido para los beneficios Médicamente necesarios de los Miembros que hayan sido proporcionados por Proveedores participantes. Usted será responsable de los gastos incurridos que estén limitados o que no sean un beneficio cubierto del Plan, los Deducibles y los montos de Copago. Los Proveedores participantes no solicitarán al Miembro pagos fuera del Costo compartido del Miembro.

Deducibles

Salvo indicación en contrario, un Miembro debe pagar los Deducibles mencionados en el Programa de beneficios durante cada Año del plan antes de que este Plan proporcione pagos para beneficios.

El Deducible individual se aplica a cada Miembro. Cuando un Miembro de un grupo familiar alcanza el Deducible individual, este Miembro ya no deberá pagar Deducibles durante el resto del Año del plan. Sin embargo, si los pagos de Deducibles de los Miembros colectivamente alcanzan el monto del Deducible familiar establecido en el Programa de beneficios en un Año del plan, ningún Miembro cubierto por el plan deberá pagar más Deducibles durante el resto del Año del plan.

Copagos

Algunos beneficios que los Miembros reciben en virtud del Plan requerirán que se abone un monto de Copago en el momento en que los Miembros reciben los beneficios. Consulte el Programa de beneficios para obtener información específica sobre el Plan. En el Programa de beneficios, se indica cómo se calcula el monto de Copago. Puede ser por visita, por día, por servicio o por cualquier combinación de estas opciones.

Máximo de bolsillo

La mayoría de las obligaciones de pago del Miembro, incluidos los Deducibles y los montos de Copago, se aplican al Máximo de bolsillo.

El Máximo de bolsillo del Miembro no incluirá lo siguiente:

- Costos compartidos por Proveedores no participantes, salvo la Atención de emergencia y los beneficios cubiertos Médicamente necesarios cuando un Proveedor participante no pueda proporcionar dichos beneficios.
- Beneficios limitados o excluidos por el Plan.
- Gastos que no se cubrieron debido a que se alcanzó el máximo de beneficios.
- Todo gasto pagado por el plan primario cuando el Plan del Miembro es el plan secundario a los efectos de la coordinación de beneficios.
- Sanciones aplicadas por la falta de Autorización previa.

Máximo de bolsillo individual

Cuando el Máximo de bolsillo para un Miembro en un Año del plan es igual al “Máximo de bolsillo” “individual” que se indica en el Programa de beneficios para dicho nivel, el Plan proporcionará una cobertura del 100% del Monto permitido para los beneficios durante el resto del Año del plan.

Máximo de bolsillo familiar

Cuando el Máximo de bolsillo para todos los Miembros de la cobertura del Suscriptor en un Año del plan es igual al “Máximo de bolsillo” “familiar” que se indica en el Programa de beneficios para dicho nivel, el Plan proporcionará una cobertura del 100% del Monto permitido para los beneficios durante el resto del Año del plan. No se requerirá que ningún Miembro aporte más que el Máximo de bolsillo individual al Máximo de bolsillo familiar.

Valor actuarial

El uso del nombre de un metal, como Platino, Oro, Plata o Bronce, u otras declaraciones con respecto al valor actuarial de un Plan, no es un indicador del monto real de los gastos que un Miembro será responsable de pagar de su propio bolsillo. Los Gastos de bolsillo de un Miembro variarán según muchos factores, como los beneficios, el Plan y los Proveedores participantes elegidos. Tenga en cuenta que los nombres de metales reflejan solo una aproximación del valor actuarial de un Plan.

Variación de los costos compartidos

Una vez efectuado el reembolso federal, toda variación de los costos compartidos correspondiente finalizará el primer día del mes siguiente a la fecha del aviso por escrito con treinta (30) días de anticipación del Emisor.

Primas

Las Primas se deben pagar al Emisor, 1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502, en la fecha indicada en el resumen de facturación mensual o antes de esa fecha. El Suscriptor es responsable de remitirnos todas las Primas adeudadas según esta Evidencia de cobertura a su vencimiento. Únicamente los Miembros para quienes recibamos la Prima estipulada serán elegibles para la cobertura según esta Evidencia de cobertura. Las Primas son Pagos obligatorios.

El pago de las Primas de los planes individuales es un gasto personal que deben pagar directamente los Suscriptores del plan individual y familiar utilizando fondos personales. Los fondos personales no incluyen el pago desde una cuenta comercial para una empresa unipersonal o sociedad de responsabilidad limitada (LLC). De conformidad con las pautas federales, el Emisor aceptará el pago de la Prima a terceros de las siguientes entidades:

- El Programa Ryan White de VIH/SIDA conforme al Título XXVI de la Ley de Servicios de Salud Pública.
- Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.
- Programas del gobierno estatal y federal.

Salvo lo dispuesto anteriormente, las entidades de terceros no le pagarán al Emisor ninguna Prima de un Miembro de manera directa. Los pagos de primas de cualquier otra parte no se acreditarán en Su cuenta, lo que puede resultar en la finalización o cancelación de la cobertura de acuerdo con las disposiciones de finalización de esta Evidencia de cobertura. Si Usted adquirió su cobertura en el Mercado, el Mercado puede ofrecerle una selección de varias opciones de pagos, que podrían incluir una opción de pago electrónico. Si recibe un pago por adelantado de un Crédito fiscal para primas, recibiremos pagos de dos fuentes diferentes (es decir, el Departamento del Tesoro y Usted o el Mercado) en Su nombre.

Si el Suscriptor cambia su lugar de residencia y dicho cambio ocasiona un cambio en la Prima, la Prima aplicable a este Plan se modificará automáticamente a la tarifa correspondiente al nuevo lugar de residencia a partir del primer día del mes del Plan siguiente a la fecha de dicho cambio en la residencia. Si dicho cambio es a una tarifa de Prima más baja y el Suscriptor omite notificarnos al respecto por escrito antes de la fecha del cambio, el derecho del Suscriptor a recibir un reembolso del pago en exceso se limitará al pago en exceso durante seis (6) meses inmediatamente previos a la fecha de la notificación que se nos curse.

Si el Suscriptor o los Dependientes cubiertos alcanzan una edad que ocasiona un aumento en la tarifa de la Prima, la Prima aplicable a este Plan se modificará automáticamente a la tarifa correspondiente a la nueva edad a partir de la fecha de aniversario del Plan.

Subrogación y coordinación de pagos de beneficios

Si Usted, Sus Dependientes cubiertos o cualquier otra persona en Su nombre o en nombre de Sus Dependientes cubiertos reciben beneficios o sumas sujetas a la subrogación o coordinación de las disposiciones de beneficios de este Acuerdo, Usted o Sus Dependientes cubiertos deberán emitir al Emisor, en el término de treinta y un (31) días de la recepción de dichos beneficios o sumas, el monto que le corresponde al Emisor. En el supuesto de que Usted, Sus Dependientes cubiertos o cualquier otra persona en Su nombre o en nombre de Sus Dependientes cubiertos celebrara un acuerdo para el pago de los montos adeudados en virtud de las disposiciones de subrogación, el monto adeudado es un Pago obligatorio.

Período de gracia y cancelación de cobertura

Si Usted o Sus Dependientes cubiertos no están recibiendo un Crédito fiscal para primas a través del Mercado facilitado por el gobierno federal de Texas, en tal caso, si no recibimos alguna Prima en el término de treinta (30) días de la fecha de vencimiento, podremos resolver la cobertura en virtud de esta Evidencia de cobertura después del día 30. La cobertura permanecerá vigente durante el Período de gracia de 30 días. Sin embargo, si no se recibe el pago, no tendremos obligación alguna de pagar los beneficios que recibieron Usted o Sus Dependientes cubiertos durante este Período de gracia de 30 días ni posteriormente, y el Suscriptor será responsable ante el proveedor por el costo de dichos beneficios.

Si Usted o Sus Dependientes cubiertos están recibiendo un Crédito fiscal para primas a través del Mercado facilitado por el gobierno federal de Texas, en tal caso, si el Emisor no recibe el monto de alguna Prima que exceda el subsidio de la Prima por el cual Usted es responsable en el término de tres (3) meses de la fecha de vencimiento, el Emisor podrá resolver la cobertura en virtud de esta Evidencia de cobertura después del tercer mes. La cobertura permanecerá vigente durante el Período de gracia de tres meses; sin embargo, a los Médicos o proveedores que presenten Reclamos o que soliciten la Autorización previa de beneficios para Usted o Sus Dependientes cubiertos se les notificará que Usted está demorado en el pago de las Primas. Si no se recibe la totalidad de la Prima, la cobertura del Plan finalizará automáticamente el último día del primer mes del Período de gracia de tres (3) meses. No tendremos obligación alguna de pagar los beneficios que recibieron Usted o Sus Dependientes cubiertos en la fecha de finalización o con posterioridad, y Usted será responsable ante el Médico o proveedor del costo de dichos beneficios.

Beneficios médicos

Consulte el Programa de beneficios para conocer los montos del Copago y cualquier limitación en los beneficios que podría aplicarse a determinados servicios.

Beneficios médicos esenciales

Los Miembros tienen derecho a los siguientes Beneficios médicos esenciales especificados en esta Evidencia de cobertura sin estar sujetos a limitaciones de beneficios anuales o de por vida ni a montos en dólares:

- Servicios para pacientes ambulatorios, que se refiere a la atención ambulatoria que reciben los Miembros sin ser ingresados en un Hospital, incluidos los servicios de Atención primaria y de Médicos especialistas; los servicios ambulatorios de profesionales médicos y la Atención médica a domicilio.
- Atención de emergencia.
- Hospitalización, como cirugía y estadías nocturnas, incluidas la atención en Hospital de pacientes internados, la atención médica de pacientes internados y la atención en Hospital de pacientes ambulatorios.
- Embarazo, maternidad y atención del recién nacido, antes y después del nacimiento.
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, incluido el Tratamiento de salud conductual, como la terapia y la psicoterapia.
- Medicamentos recetados.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación, que ayudan a los Miembros con lesiones, discapacidades o enfermedades crónicas a desarrollar o recuperar habilidades mentales y físicas.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios preventivos, de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos, incluido el cuidado de la vista.

Servicios médicos

Los Miembros tienen derecho a recibir servicios profesionales Médicamente necesarios de Proveedores participantes en una internación o de manera ambulatoria. La Necesidad médica la determina un Proveedor participante, sujeta a la revisión de Nuestro Director médico. El Tratamiento de los defectos congénitos de los recién nacidos se manejará de la misma manera que cualquier otra enfermedad o lesión cubierta.

Entre los ejemplos de servicios médicos cubiertos se incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes:

- Pruebas para la detección de alergias
- Suero para las alergias
- Quimioterapia y radiación contra el cáncer
- Visitas a especialistas
- Procedimientos de diagnóstico, que incluyen laboratorio y radiografía
- Diálisis
- Atención médica a domicilio
- Inyecciones
- Prueba de detección auditiva del recién nacido y atención necesaria para el seguimiento del diagnóstico
- Visitas al consultorio
- Cirugía ambulatoria
- Exámenes físicos para fines médicos o de diagnóstico
- Tratamiento para enfermedades del ojo

Medicamentos recetados administrados en el consultorio o la clínica

Los Medicamentos recetados que no cumplan con la definición de Medicamentos recetados especializados y que se despachen y administren a un Miembro en el consultorio de un Proveedor participante o en otro entorno ambulatorio se cubrirán como una parte del Beneficio médico del Miembro y no se requieren Copagos adicionales para los Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios despachados y administrados de esta manera. Es posible que estos Medicamentos recetados requieran la Autorización previa de Nuestro Director médico para que estén cubiertos como parte del Beneficio médico del Miembro.

Los Medicamentos recetados especializados obtenidos en virtud del Beneficio médico y administrados en el consultorio de un Proveedor participante o en otro entorno ambulatorio podrán estar sujetos a Copagos independientes y podrían no estar incluidos en el Copago de la visita al consultorio.

Servicio de telesalud y visitas virtuales

Los Beneficios de la Red solo están disponibles cuando los servicios son prestados por un Proveedor participante de la red virtual. Para encontrar a un Proveedor participante de la red virtual, los Miembros deben llamar al número de teléfono que figura en su Tarjeta de ID, o bien buscar el número de teléfono de Servicio al Cliente en swhp.org.

No todas las afecciones médicas se pueden tratar mediante Visitas virtuales. El Proveedor participante de la red virtual identificará cualquier afección por la que se necesite tratamiento mediante un contacto en persona con el Médico. Los Beneficios no incluyen servicios prestados mediante correo electrónico, fax y llamadas telefónicas estándares ni las visitas del Servicio de telesalud o del Servicio médico de Telemedicina que tengan lugar dentro de centros médicos (centros de origen según la definición de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [CMS]).

Otro Servicio de telesalud y Servicio médico de Telemedicina

Los Beneficios incluyen los Servicios de telesalud y los Servicios médicos de Telemedicina. No se requiere una visita en persona entre el proveedor de atención médica y el Miembro para los beneficios que se proporcionarán. Los beneficios cubiertos proporcionados mediante telemedicina y telesalud están sujetos a los mismos términos y condiciones de la Evidencia de cobertura que cualquier otro beneficio proporcionado en persona. Para obtener información adicional sobre los Servicios de telesalud o los Servicios médicos de telemedicina, visite swhp.org.

Atención de emergencia

Ante una emergencia, los Miembros pueden acudir a un Proveedor participante o a un Proveedor no participante. El Plan proporcionará beneficios para la Atención de emergencia recibida por parte de un Proveedor no participante en la misma medida en que se hubiera proporcionado si la atención y el Tratamiento hubieran sido proporcionados por un Proveedor participante. Sin embargo, la atención de seguimiento o el Tratamiento por parte de un Proveedor no participante se tratará como cobertura de la Red solo en la medida en que sea Médicamente necesario y la atención o el Tratamiento adecuados se hayan prestado antes de que el Miembro pueda regresar a un Proveedor participante en el Área de servicio. Si un Miembro recibe atención y Tratamiento para una emergencia por parte de un Proveedor no participante, el Miembro deberá notificarnos lo antes posible, a fin de recibir asistencia para la transición de la atención a un Proveedor participante.

La Atención de emergencia Médicamente necesaria que se reciba de un Proveedor no participante, incluidos los proveedores de estudios de diagnóstico por imágenes y laboratorio, se reembolsará de acuerdo con los términos de esta Evidencia de cobertura a la Tarifa usual y habitual o acordada, salvo los Copagos, y los cargos de beneficios no cubiertos. El Miembro quedará exento del pago de cualquier monto que supere el Copago u otros Gastos de bolsillo que el Miembro hubiera pagado si la Red hubiera incluido a Proveedores participantes de entre los cuales el Miembro pudiera haber recibido atención.

En virtud de esta Evidencia de cobertura, se proporciona Atención de emergencia Médicamente necesaria e incluye los siguientes beneficios:

- Un examen de detección médica inicial u otra evaluación que exija la ley de Texas o del gobierno federal que tenga lugar en un Centro de emergencia del Hospital o en un Centro comparable y que sea necesario para determinar si existe una afección médica de emergencia.
- El Tratamiento y la Estabilización de una afección médica de emergencia.
- La atención Posterior a la estabilización que se origine en una sala de emergencias de un Hospital, en un Centro de atención médica de emergencia independiente o en un Centro de emergencia comparable, si la aprobáramos. Sin perjuicio de ello, debemos aprobar o rechazar la cobertura, dentro del plazo correspondiente dadas las circunstancias, en relación con la prestación de atención y la afección del paciente, y dicho plazo no podrá ser superior a una (1) hora desde la solicitud de aprobación por parte del Médico tratante o de la sala de emergencias del Hospital.

Entre los ejemplos de emergencias médicas por las que podría cubrirse una Atención de emergencia se incluyen, entre otros, los siguientes:

- Ataques cardíacos
- Accidentes cardiovasculares
- Intoxicación
- Pérdida de la conciencia o de la respiración
- Convulsiones
- Sangrado intenso
- Fracturas óseas

Una vez que se establezca la afección de un Miembro y, según corresponda desde el punto de vista médico, podremos, con la autorización de Nuestro Director médico, facilitar el traslado a un Centro participante. Cuando la Estabilización de una afección médica de emergencia se origine en un Centro de emergencia de un Hospital o en un Centro comparable, la continuación del Tratamiento después de dicha Estabilización requerirá Nuestra aprobación.

Atención de urgencia

La Atención de urgencia dispone el Tratamiento inmediato de una afección médica que requiere atención médica sin demora, pero en la cual un breve lapso de tiempo antes de recibir la atención no pondrá en peligro la vida ni la salud permanente. Salvo que lo designemos y reconozcamos como un Centro de atención de urgencia, ni un Hospital ni una sala de emergencias se considerarán un Centro de atención de urgencia.

Traslado en Ambulancia

Está cubierto el traslado en Ambulancia por vía terrestre, marítima o aérea, en tanto sea Médicamente necesario, cuando el traslado en cualquier otro vehículo podría poner en peligro la salud del Miembro. No cubriremos el traslado por vía aérea si el traslado por vía terrestre es adecuado desde el punto de vista médico y más económico. Si se cumplen estas condiciones, cubriremos el traslado en Ambulancia al Hospital o al Centro de enfermería especializada adecuado más próximo.

La atención médica de emergencia que proporcione el personal de la Ambulancia cuando dicho traslado sea innecesario o el Miembro lo rechace estará sujeto al Copago que se indica en el Programa de beneficios. Con sujeción al párrafo anterior, si la Ambulancia traslada al Miembro después de recibir atención médica por parte del personal de la Ambulancia, se exime el Copago de los servicios médicos de emergencia.

El traslado en Ambulancia por vía terrestre, marítima o aérea entre centros que no sea de emergencia se cubre como Médicamente necesario cuando sea Médicamente necesario y cuente con la Aprobación previa de Nuestro Director médico. Por ejemplo, el Miembro recibe el alta de un Centro para pacientes internados y debe ser trasladado a un Centro de enfermería especializada.

Atención preventiva

Los siguientes beneficios de Atención preventiva prestados por un Proveedor participante que se requieran en virtud del Artículo 2713 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA) no estarán sujetos a un Copago, Costo compartido ni Deducible:

- (a) Artículos o servicios basados en la evidencia que tengan en vigor una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones vigentes del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF).
- (b) Vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con respecto a la persona en cuestión.
- (c) Atención preventiva informada por la evidencia y pruebas de detección indicadas en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) para bebés, niños y adolescentes.
- (d) Con respecto a las mujeres, dicha Atención preventiva adicional y pruebas de detección según se indique en las pautas integrales respaldadas por la HRSA.

A los fines de este beneficio, las recomendaciones vigentes del USPSTF respecto de las pruebas de detección del cáncer de mama, las Mamografías y la prevención se considerarán las más actuales. La Atención preventiva descrita anteriormente puede cambiar en tanto se modifiquen las pautas del USPSTF, de los CDC y de la HRSA.

Entre los ejemplos de beneficios se incluyen exámenes físicos anuales de rutina, vacunas, control pediátrico, mamografías para la detección de cáncer, prueba de densidad ósea, pruebas de detección del cáncer de próstata y colorrectal, terapia para dejar de fumar, terapia de alimentación saludable y pruebas de detección de la obesidad o terapia al respecto.

Entre los ejemplos de vacunas cubiertas se incluyen difteria, Haemophilus influenzae tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, rubeola, tétanos, varicela, rotavirus y cualquier otra vacuna que sea obligatoria por ley para un niño. Las inyecciones por alergias no se consideran vacunas en virtud de esta disposición sobre beneficios.

Los beneficios no incluidos en los puntos (a) a (d) estarán sujetos a Copagos y Deducibles.

La determinación de si un beneficio se considera Atención preventiva podrá verse afectada por el tipo de atención que Nos facture su Proveedor participante. Específicamente:

- Si un servicio preventivo recomendado se factura de manera independiente a una visita al consultorio, en ese caso, el Plan podrá imponer requisitos de Costos compartidos con respecto a la visita al consultorio:
- Si un servicio preventivo recomendado no se factura de manera independiente a una visita al consultorio y el propósito principal de la visita al consultorio es la prestación del servicio preventivo, en tal caso, el Plan no podrá imponer requisitos de Costos compartidos con respecto a la visita al consultorio.
- Si un servicio preventivo recomendado no se factura de manera independiente a una visita al consultorio y el propósito principal de la visita al consultorio no es la prestación de un servicio preventivo, en ese caso, el Plan podrá imponer requisitos de Costos compartidos con respecto a la visita al consultorio.

La cobertura de la terapia para una afección o enfermedad como Atención preventiva no equivale al Tratamiento de esa afección o enfermedad. Si bien la visita de asesoramiento podría ser una Atención preventiva y, por consiguiente, no estar sujeta a un Deducible ni a un Copago, el Tratamiento de dicha afección o enfermedad estará sujeto al Deducible y al Copago correspondientes, y a la sección de **Exclusiones y limitaciones** de esta Evidencia de cobertura.

Exámenes de rutina y vacunas

Los beneficios para los exámenes de rutina están disponibles como Atención preventiva, según se indica en el Programa de beneficios para lo siguiente:

- Control neonatal (después del examen inicial del recién nacido y del alta del Hospital)
- Control pediátrico
- Examen físico anual de rutina
- Vacunas

Los beneficios no están disponibles para la cobertura en el Hospital de pacientes internados ni para la cobertura médica-quirúrgica para los exámenes físicos de rutina realizados en una internación, salvo el examen inicial de un recién nacido.

Las inyecciones por alergias no se consideran vacunas en virtud de esta disposición sobre beneficios.

Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares

Los beneficios están disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis, y para la estructura y la función arterial anormal cada cinco (5) años cuando la realiza un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:

- Tomografía computarizada (TC) Previamente autorizada como Médicamente necesaria para medir las calcificaciones en la arteria coronaria.
- Ecografía para medir el grosor de la íntima-media carotídeo y la placa ateromatosa.

Las pruebas están disponibles para cada Miembro que cumpla con los siguientes requisitos:

- Hombre mayor de 45 años y menor de 76 años.
- Mujer mayor de 55 años y menor de 76 años.

El Miembro debe tener diabetes o riesgo de desarrollar una cardiopatía coronaria en función de un puntaje derivado del uso del algoritmo de predicción coronaria del Estudio cardíaco de Framingham que sea intermedio o superior.

Examen de detección del cáncer de próstata

Los beneficios están disponibles para lo siguiente:

- Un examen físico de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección del cáncer de próstata.
- Una prueba de antígeno prostático específico para la detección del cáncer de próstata para cada Miembro de sexo masculino del Plan que tenga, al menos:
 - Cincuenta (50) años y sea asintomático.
 - Cuarenta (40) años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo para el cáncer de próstata.

Examen de detección del cáncer colorrectal

Para Miembros de 50 años o más, los beneficios incluyen exámenes de detección médicamente reconocidos para la detección del cáncer colorrectal, que incluye una prueba de sangre oculta en heces realizada anualmente, una sigmoidoscopia flexible realizada cada cinco (5) años, una colonoscopia realizada cada cinco (5) años cuando haya factores de riesgo basados en la evidencia y una colonoscopia realizada cada diez (10) años sin factores de riesgo establecidos. Las visitas de colonoscopia Médicamente necesarias están cubiertas como Atención preventiva.

Medición de la masa ósea para la detección de osteoporosis

Si un Miembro es una Persona que reúne los requisitos, los beneficios están disponibles para la medición de la masa ósea médicamente aceptable para la detección de una baja masa ósea y para determinar el riesgo de osteoporosis y de fracturas asociadas con la osteoporosis del Miembro, como se indica en el Programa de beneficios.

Persona que reúne los requisitos significa lo siguiente:

- Una mujer entrada en la posmenopausia que no recibe terapia de reemplazo de estrógenos.
- Una persona:
 - Con anomalías vertebrales
 - Con hiperparatiroidismo primario
 - Con antecedentes de fracturas óseas
- Una persona:
 - Que recibe terapia a largo plazo con glucocorticoides.

- Que es monitoreada para evaluar la respuesta a una terapia farmacológica aprobada para la osteoporosis o su eficacia.

Mamografía para la detección de cáncer

Los beneficios están disponibles para lo siguiente:

- Mamografía de detección anual para Miembros de sexo femenino de 35 años o más.
- Mamografía de diagnóstico para un examen de diagnóstico por imágenes diseñado para evaluar una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un Médico en una Mamografía de detección.

Las pruebas de detección son proporcionadas mediante Mamografía de dosis baja, Mamografía digital y tomosíntesis de mama para detectar el cáncer de mama. Consulte la sección **Definiciones** de esta Evidencia de cobertura para obtener una mayor explicación de los procedimientos de Mamografía.

Examen de detección del cáncer de ovario y cuello uterino

Los Miembros de sexo femenino que tengan más de 18 años son elegibles para un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido, que incluye lo siguiente:

- Un análisis de sangre para la detección del antígeno del cáncer 125 (CA 125).
- Una prueba de Papanicolaou convencional o una prueba de detección solo con métodos de citología en base líquida o en combinación con una prueba para la detección del virus del papiloma humano, para la detección temprana del cáncer de ovario y del cáncer de cuello uterino.

El examen de control ginecológico lo puede realizar el Médico de atención primaria del Miembro o un obstetra o ginecólogo designado.

Servicios en el Hospital

Los Miembros tienen derecho a recibir beneficios Médicamente necesarios en cualquier Hospital participante en el cual un Proveedor participante los pueda ingresar. Si un Proveedor participante a quien un Miembro había sido remitido de acuerdo con Nuestros procedimientos ingresa al Miembro a un Hospital no participante, los servicios del Hospital no participante se cubrirán de la misma manera que las admisiones a un Hospital participante, siempre y cuando la admisión al Hospital no participante haya sido aprobada de acuerdo con esta Evidencia de cobertura.

Para que un servicio prestado en un Hospital sea un beneficio cubierto, el Hospital debería ser un establecimiento médicamente adecuado para el servicio en cuestión.

Si un Miembro es hospitalizado en un Hospital no participante, el Miembro debe notificarnos en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas de la admisión o tan pronto como sea posible, y Nosotros debemos revisar la admisión y la estadía para determinar la Necesidad médica en virtud de esta Evidencia de cobertura. Omitir notificarnos al respecto podría derivar en la denegación del pago, salvo que se demuestre que no ha sido razonablemente posible cursar dicho aviso.

Entre los ejemplos de beneficios en el Hospital se incluyen, a modo de ejemplo, los siguientes:

- Habitación semiprivada, o el equivalente, para cuidados agudos de rutina
- Comidas y dietas especiales para pacientes internados, cuando sea Médicamente necesario
- Medicamentos y productos biológicos para pacientes internados
- Unidades de cuidado intensivo
- Atención de enfermería, incluido el servicio privado de enfermería, cuando sea Médicamente necesario
- Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en el establecimiento del Hospital para enfermedades agudas
- Laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico para los pacientes internados
- Suministros médicos y vendajes para pacientes internados

- Anestesia
- Oxígeno
- Quirófano y sala de recuperación
- Fisioterapia para pacientes internados
- Radiación para pacientes internados
- Terapia de inhalación para pacientes internados
- Costo de la sangre entera, del plasma sanguíneo y de los expansores del plasma sanguíneo, y su administración

Los Medicamentos recetados administrados durante la admisión en un Hospital participante se cubrirán como parte del beneficio del Miembro para pacientes internados, y no se requieren Deducibles ni Copagos adicionales para la administración de los Medicamentos recetados.

Centro de enfermería especializada

El Plan cubre la internación autorizada en un Centro de enfermería especializada si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La atención se brinda bajo la supervisión de un Proveedor participante, y esta es brindada y requiere el criterio de un proveedor calificado y con una licencia adecuada, como un enfermero matriculado, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta respiratorio o patólogo del habla y del lenguaje.
- Los servicios son razonables para tratar una afección médica, enfermedad o lesión específica.
- Se espera que los servicios generen una mejora significativa y medible en la afección médica o las capacidades funcionales del Miembro.
- La atención especializada no puede prestarse en un entorno menos intensivo, por ejemplo, mediante visitas de enfermería especializada y apoyo asistencial en el hogar de manera intermitente.
- Los servicios deben estar respaldados por la bibliografía o las pautas médicas basadas en la evidencia como un Tratamiento específico, efectivo y razonable para el diagnóstico y la afección médica del Miembro.

Cuidado de la salud mental

Los beneficios para pacientes internados y ambulatorios para las afecciones de salud mental están cubiertos con los mismos términos y condiciones que se aplican a la cobertura y a los beneficios médicos y quirúrgicos del Plan. El Plan no impondrá ningún límite en el Tratamiento cuantitativo o no cuantitativo de dichos beneficios que sea más restrictivo que aquel impuesto sobre los beneficios de gastos médicos o quirúrgicos.

Salud mental a corto plazo

Se cubre el tratamiento de diagnóstico y terapéutico a corto plazo Médicamente necesario para las enfermedades mentales y los trastornos emocionales cuando se cumplen todas estas condiciones:

- La enfermedad o el trastorno mental que se trate debe estar incluido en la edición vigente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría al momento de la prestación de los beneficios.
- También se cubren la evaluación inicial, el diagnóstico, el manejo médico y el manejo continuo con medicamentos del trastorno por déficit de atención (TDA) y del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Las visitas para el manejo con medicamentos no se incluyen en las visitas máximas permitidas.

Salud mental grave

Se cubre el tratamiento de diagnóstico y terapéutico Médicamente necesario para Enfermedad mental grave si la enfermedad mental o el trastorno emocional que se trate es una de las siguientes enfermedades psiquiátricas, según la definición más reciente del DSM:

- Esquizofrenia
- Trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos
- Trastornos bipolares (hipomanía, manía, depresión y mixtos)
- Trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente)
- Trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos)
- Trastornos obsesivos-compulsivos
- Depresión durante la niñez y la adolescencia

Dependencia a sustancias químicas

Se proporcionan beneficios a Miembros para el Tratamiento Médicamente necesario de la Dependencia a sustancias químicas que incluye el abuso, la dependencia psicológica o física, o la adicción al alcohol o a una sustancia controlada y la desintoxicación de la misma manera que la enfermedad física en general, con sujeción a las Normas para el control de costos razonables y la Revisión de utilización de los Centros para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas que adoptó el Departamento de Seguros de Texas.

Terapia de rehabilitación y habilitación

Están disponibles los beneficios de la terapia de rehabilitación y habilitación Médicamente necesarios para pacientes ambulatorios para la fisioterapia y las terapias del habla, auditiva, Manipulativa y ocupacional que cumplan con las siguientes condiciones:

- El Proveedor participante del Miembro debe indicar dichos servicios de terapia.
- Se puede esperar que los servicios alcancen o superen los objetivos del Tratamiento que el Proveedor participante del Miembro establezca para el Miembro.
- Los servicios son prestados por un médico, un terapeuta con licencia o un quiropráctico.
- El Miembro muestra avances de acuerdo con los objetivos del Tratamiento gracias a la participación en la terapia.

En el caso de un Miembro con una discapacidad física, los objetivos del Tratamiento pueden incluir el mantenimiento de la función, o la prevención o el enlentecimiento de la continuación del deterioro.

Terapias para niños con retrasos del desarrollo

El Plan incluye beneficios para el Tratamiento de “Retrasos del desarrollo”, que se refiere a una variación significativa en el desarrollo normal medido con instrumentos y procedimientos de diagnóstico adecuados en una o más de las siguientes áreas:

- Cognitiva
- Física
- Comunicación
- Social o emocional
- Adaptativa

El Tratamiento incluye las terapias de rehabilitación y habilitación necesarias de acuerdo con un “Plan de servicio familiar individualizado”, que es el plan de Tratamiento inicial y continuo desarrollado y emitido por el Consejo Interagencial para la Intervención de la Niñez Temprana en virtud del Capítulo 73 del Código de Recursos Humanos para un niño dependiente con retrasos del desarrollo, que incluye lo siguiente:

- Evaluaciones y servicios de terapia ocupacional
- Evaluaciones y servicios de fisioterapia
- Evaluaciones y servicios de terapia del habla
- Evaluaciones dietarias y nutricionales

Debe enviarnos un Plan de servicio familiar individualizado antes de que el Miembro reciba algún beneficio, y nuevamente si se modifica dicho Plan. Después de que un niño cumpla tres (3) años y se hayan completado los servicios del Plan de servicio familiar individualizado, se aplicarán las disposiciones contractuales estándares de esta Evidencia de cobertura y cualquier exclusión o limitación de beneficios.

Terapia manipulativa y atención quiropráctica

Los beneficios están disponibles para los Miembros para la terapia manipulativa ambulatoria brindada por Proveedores participantes con licencia para realizar dicha terapia, incluidos los quiroprácticos. Por lo general, los beneficios se prestan para el diagnóstico o el Tratamiento de afecciones neuromusculoesqueléticas asociadas con una lesión o enfermedad, incluidos exámenes y manipulaciones.

Atención médica a domicilio

El Plan cubre la Atención médica a domicilio Previamente autorizada y Medicamento Necesaria, que consta de lo siguiente:

- Servicios de enfermería especializada brindados por personal de enfermería matriculado o personal de enfermería vocacional con licencia bajo la supervisión de, al menos, un enfermero matriculado y, al menos, un Médico.
- Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria.
- Los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio bajo la supervisión de personal de enfermería matriculado.
- La prestación de equipos y suministros médicos distintos de Medicamentos recetados y fármacos.

La Atención médica a domicilio brinda beneficios para el pago u otra contraprestación en la residencia de un paciente en virtud de un plan de atención que cumpla con los siguientes requisitos:

- Sea establecido, aprobado por escrito y revisado, al menos, cada dos (2) meses por el Médico tratante.
- Sea certificado por el Médico tratante, según sea necesario, por propósitos médicos.

Se brinda Atención médica a domicilio a menos que el Médico tratante certifique que se requeriría la hospitalización o internación en un Centro de enfermería especializada si no se proporcionara un plan de Tratamiento para la Atención médica a domicilio.

Los beneficios de la atención especializada son proporcionados dentro de la Atención médica a domicilio por las siguientes personas:

- Una Agencia de atención médica a domicilio
- Un servicio privado de enfermería Previamente autorizado en el siguiente conjunto limitado de casos:
 - Atención especializada que supera la capacidad de la atención periódica a domicilio por parte de una Agencia de atención médica a domicilio con licencia.
 - Se puede atender de manera segura al Miembro en el domicilio.
 - El Proveedor participante del Miembro está dispuesto a hacer un seguimiento al Miembro, y puede hacerlo, durante el servicio privado de enfermería.
 - No se usa la atención para brindar Cuidado asistencial ni para la comodidad del Miembro o de su familia.

Terapia de infusión en el hogar

De acuerdo con la recomendación de un Proveedor participante y la aprobación de Nuestro Director médico como Medicamento necesaria, la Terapia de infusión en el hogar está disponible para los servicios de alta tecnología, que incluyen lo siguiente:

- Atención de vías
- Quimioterapia

- Infusión para el manejo del dolor
- Terapia con antibióticos, antivíricos o antimicóticos
- Medicamentos recetados especializados

Dentro del beneficio de la Terapia de infusión en el hogar se incluyen los servicios administrativos y de farmacia profesional, así como todos los suministros y equipos necesarios para realizar la infusión en el hogar. Dentro del beneficio de la Terapia de infusión en el hogar no se incluyen la administración de la leche de fórmula por sonda nasogástrica y el Equipo médico duradero cubierto no relacionados con la Terapia de infusión en el hogar, algunos de los cuales podrían estar cubiertos por otras disposiciones de esta Evidencia de cobertura y estar sujetos a Copagos adicionales.

En algunos casos, es posible que el Plan requiera que las infusiones se administren en el hogar en lugar de en el consultorio de un Proveedor participante u otro entorno ambulatorio. Estos casos incluyen cuando la opción del domicilio sea económica y clínicamente adecuada.

Cuidados paliativos

Los beneficios de los Cuidados paliativos se incluyen en el Plan cuando sean proporcionados por un Centro de cuidados paliativos a un Miembro recluido en el hogar o internado en un Centro participante debido a una enfermedad terminal o una lesión terminal que requiera atención especializada si estuvieran Autorizados previamente y se cumplieran las siguientes condiciones:

- Un Proveedor participante con licencia emitida por el estado de Texas proporcionara los beneficios al Miembro.
- El Proveedor participante certificó que el Miembro tiene una esperanza de vida limitada de seis (6) meses o menos debido a la enfermedad terminal.

Los Cuidados paliativos incluyen la provisión de beneficios para el alivio del dolor, el manejo de los síntomas y beneficios asistenciales a Miembros con una enfermedad terminal y a sus familiares inmediatos tanto de manera ambulatoria como en una internación.

Atención de maternidad

El Plan proporciona beneficios de atención de maternidad, que incluyen lo siguiente:

- Atención obstétrica prenatal y posnatal por parte de un Proveedor participante.
- Servicios de parto y parto.
- Habitación y comida en el Hospital para la madre.
- La atención de embarazos complicados junto con el parto individual o múltiple de un Miembro de sexo femenino. Las Complicaciones del embarazo se tratan como cualquier otra enfermedad o afección. Los partos comunes deben estar bajo la atención de un Proveedor participante en un Hospital participante.
- Atención en el domicilio para embarazos de alto riesgo.

La atención obstétrica prenatal se considera un control ginecológico y no está sujeta a un Copago de Atención preventiva.

Se requieren Copagos por cada día de internación de la madre y por cada día de internación del recién nacido, de acuerdo con el monto y los días que se indican en el Programa de beneficios. El Plan cubre la internación de la madre y del recién nacido en un Centro de atención médica durante los siguientes plazos mínimos:

- Cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones.
- Noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.

Si el recién nacido de un Miembro reúne los requisitos como Dependiente elegible y requiere una internación en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en tal caso, se aplicarán los Deducibles y Copagos

correspondientes por separado al recién nacido del Miembro por los beneficios cubiertos asociados con dicha internación. Esto es adicional a cualquier Deducible y Copago que se apliquen a la madre.

Los beneficios integrales de Hospital para la atención de rutina en la sala de recién nacidos, que incluye pruebas de detección de recién nacidos, el costo y la administración del kit de las pruebas, están disponibles en tanto el recién nacido reúna los requisitos de Dependiente elegible, según la definición de la sección **Elegibilidad e inscripción** de esta Evidencia de cobertura.

El Proveedor participante deberá tomar la determinación de si un parto es complicado. Si se decide darles el alta de la internación a la madre o al recién nacido antes del vencimiento de los plazos indicados más arriba, el Plan deberá proporcionar cobertura para la Atención oportuna después del parto, la que deberá ser proporcionada por un Proveedor participante, personal de enfermería matriculado u otro Profesional médico participante, y esta podrá prestarse en el domicilio de la madre, el consultorio del Proveedor participante, el Centro participante u otra ubicación adecuada. La Atención después del parto se refiere a la atención puerperal proporcionada de conformidad con las evaluaciones físicas maternas y neonatales aceptadas. El término incluye lo siguiente:

- Educación de padres
- Asistencia y capacitación en lactancia y alimentación con biberón
- La realización de los estudios clínicos necesarios y adecuados

En el caso de que un Miembro de sexo femenino dé a luz en un Hospital no participante, el parto común, que no cumpla con la definición de Atención de emergencia, no se considerará Atención de emergencia, y el Plan no lo cubrirá.

Planificación familiar

Los beneficios de la planificación familiar se proporcionarán como Médicamente necesarios. Entre los ejemplos se incluyen los siguientes:

- Terapia.
- Capacitación en educación sexual de acuerdo con las normas médicamente aceptables.
- Procedimientos de diagnóstico para determinar la causa de la Infertilidad del Miembro. El Tratamiento de la Infertilidad no es un beneficio cubierto en virtud de esta disposición.
- Vasectomías y ligaduras de trompas.
- Laparoscopias.

Los beneficios se proporcionan para los métodos y los procedimientos anticonceptivos aprobados por la FDA para todas las mujeres con capacidad reproductiva e incluyen medicamentos inyectables e implantes, dispositivos intrauterinos, diafragmas y servicios profesionales asociados con ellos.

Equipo médico duradero y dispositivos

Se cubrirán el Equipo médico duradero, los Dispositivos ortopédicos o las Prótesis Médicamente necesarios en virtud de esta Evidencia de cobertura. El Director médico, con el asesoramiento del Médico tratante, deberá determinar las condiciones por las cuales deben cubrirse dichos equipos y dispositivos. Las condiciones incluyen, a modo de ejemplo, lo siguiente:

- El plazo cubierto
- El equipo cubierto
- El proveedor
- La base de la cobertura

Suministros de consumo

Los suministros de consumo son los suministros médicos no duraderos que cumplen con los siguientes requisitos:

- Suelen ser desechables.

- No pueden usarse de manera reiterada por más de un Miembro.
- Se usan principal y habitualmente para atender un propósito médico.
- Por lo general, no son de utilidad para un Miembro de no existir una enfermedad o lesión.
- Pueden ser indicados o recetados por un Médico.

Los suministros de consumo son un beneficio cubierto solo si el suministro se requiere para usar con un Equipo médico duradero, un Dispositivo ortopédico o una Prótesis cubiertos. La reparación, el mantenimiento y la limpieza a causa del uso y desgaste no habitual o del abuso son responsabilidad del Miembro.

Equipo médico duradero

El Equipo médico duradero podrá cubrirse como un artículo comprado o alquilado a discreción del Plan. El equipo alquilado o prestado deberá devolverse en condiciones satisfactorias, y el Miembro es responsable de la limpieza y la reparación que se requieran por el uso y desgaste no habitual o el abuso. La cobertura del equipo alquilado o prestado se limita al monto que hubiera costado dicho equipo si el Emisor lo hubiera comprado de un Proveedor participante. No tendremos responsabilidad alguna por la instalación, el mantenimiento o la operación de dicho equipo para su uso domiciliario.

Dispositivos ortopédicos

El Plan proporciona beneficios para los siguientes dispositivos Médicamente necesarios que consisten en el dispositivo inicial, los servicios profesionales de ajuste y uso, el reemplazo del dispositivo, si el reemplazo no se debe al uso indebido o a la pérdida del dispositivo, y las reparaciones normales:

- Calzado ortopédico o correctivo.
- Plantillas.
- Soportes para el arco.
- Plantillas ortopédicas y otros dispositivos de apoyo, incluidas las tobilleras requeridas para la recuperación después de una cirugía.

La cobertura de los Dispositivos ortopédicos se limita al modelo de Dispositivo ortopédico más adecuado que satisfaga las necesidades del Miembro, según lo determine el Proveedor participante del Miembro. El Plan deberá proporcionar cobertura para Dispositivos ortopédicos con sujeción a los Copagos aplicables que se indican en el Programa de beneficios.

Prótesis

Es posible que las Prótesis requieran Autorización previa para que estén cubiertas en virtud de las condiciones que determine Nuestro Director médico como Médicamente necesarias para reemplazar partes defectuosas del cuerpo después de una lesión o enfermedad. Los Miembros deben comunicarse con Nosotros para confirmar si el dispositivo requiere Autorización previa. Los siguientes son ejemplos de dispositivos Médicamente necesarios cubiertos, que incluyen el dispositivo inicial, los servicios profesionales de ajuste y uso, el reemplazo del dispositivo, si el reemplazo no se debe al uso indebido o a la pérdida del dispositivo, y las reparaciones normales:

- Brazos, piernas, manos, pies, ojos artificiales
- Prótesis mamarias y sostenes quirúrgicos después de una mastectomía por cáncer de mama

La cobertura de las Prótesis se limita al modelo de Prótesis más adecuado que satisfaga las necesidades del Miembro, según lo determine el Proveedor participante del Miembro. Para las Prótesis, el Plan deberá proporcionar cobertura con sujeción a los Copagos aplicables que se indican en el Programa de beneficios.

Audífonos e implantes cocleares

El Plan proporciona los siguientes beneficios para los audífonos o los implantes cocleares:

- Servicios de ajuste y despacho, y provisión de moldes para oídos, según sea necesario, para el ajuste óptimo de los audífonos.
- Los Tratamientos relacionados con los audífonos y los implantes cocleares, incluida la cobertura de habilitación y rehabilitación, según sea necesario para la mejora educativa.
- Para un implante coclear, un procesador y controlador del habla externo con reemplazos de componentes necesarios cada tres (3) años.

Limitaciones:

- Un (1) audífono en cada oído cada tres (3) años.
- El audífono debe ser recetado por una de las siguientes personas:
 - Un Médico certificado como otorrinolaringólogo u otólogo
 - Un audiólogo:
 - Que esté legalmente calificado en audiología, o bien
 - Que tenga un certificado de Competencia Clínica en Audiología de la Asociación Americana del Habla y la Audición, en caso de no contar con ningún requisito de licencia, y que realice el examen bajo la dirección por escrito de un otorrinolaringólogo u otólogo legalmente calificado.
- Cuando se puedan usar audífonos alternativos, la cobertura del Plan podrá estar limitada al costo del dispositivo menos costoso:
 - Que se use habitualmente a nivel nacional para el Tratamiento.
 - Que el profesional médico considere adecuado para el Tratamiento de la afección en cuestión. El dispositivo debe cumplir con los estándares de la práctica médica ampliamente aceptados, teniendo en cuenta su afección física. Los Miembros deben revisar las diferencias en el costo de Tratamiento alternativo con su Médico. De todos modos, un Miembro y su Médico podrán elegir el método de Tratamiento más costoso; sin embargo, el Miembro será responsable de cualquier cargo que supere lo que cubrirá el Plan.
- Un implante coclear en cada oído con reemplazo interno, según sea necesario desde el punto de vista médico o audiológico.

La cobertura requerida en virtud de esta sección está sujeta a cualquier disposición que se aplique, en términos generales, a la cobertura proporcionada para los beneficios del Equipo médico duradero del Plan, incluida una disposición sobre Deducibles, Copagos o Autorización previa. Se puede requerir una autorización previa.

Diagnóstico por imágenes y radiología

Los diagnósticos por imágenes y los exámenes radiológicos se cubrirán como Medicamento necesarios, en tanto sean indicados y estén autorizados por un Proveedor participante. Se puede requerir una autorización previa. Entre los ejemplos de dichos servicios se incluyen los siguientes:

- Angiografía (sin incluir los angiogramas cardíacos)
- TC
- Resonancias magnéticas (RM)
- Mielografía
- TEP
- Pruebas de esfuerzo con imágenes radioisotópicas

Si bien las ecografías o los angiogramas cardíacos no estarán sujetos a un Copago de diagnóstico por imágenes y exámenes radiológicos, si se realizan junto con una visita al consultorio o una cirugía ambulatoria, el Miembro será responsable del Copago correspondiente a la visita al consultorio o a la cirugía ambulatoria, según se indica en el Programa de beneficios.

Cirugía estética, reconstructiva o plástica

Los beneficios disponibles para la Cirugía estética, reconstructiva o plástica requieren Autorización previa y deben cumplir uno de los siguientes criterios o, por lo demás, considerarse Médicamente necesarios:

- Tratamiento proporcionado para la corrección de defectos causados por una Lesión accidental que sufrió un Miembro.
- Tratamiento proporcionado para la cirugía reconstructiva tras una cirugía por cáncer.
- Cirugía realizada para el Tratamiento o la corrección de un defecto congénito.
- Cirugía por anomalías craneofaciales para mejorar la función de una estructura anormal causadas por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.
- Reconstrucción mamaria tras una mastectomía, según se describe a continuación.

Si un Miembro se sometió o se someterá a una mastectomía para tratar una enfermedad, un traumatismo o complicaciones físicas, se proporcionará cobertura para la reconstrucción mamaria inherente a una mastectomía con los mismos términos y condiciones de esta Evidencia de cobertura para la mastectomía, según lo considere médicamente apropiado el Proveedor participante que realizará la cirugía.

La reconstrucción mamaria se refiere a la reconstrucción quirúrgica de una mama y del complejo areola-pezones para restaurar y lograr una simetría mamaria después de una mastectomía. El término incluye la reconstrucción quirúrgica de la mama en la que se hizo una mastectomía, de acuerdo con los términos de esta Evidencia de cobertura, así como la reconstrucción quirúrgica de una mama no afectada para lograr o restaurar la simetría con dicha mama reconstruida. El término también incluye la prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Una vez lograda la simetría, el término no incluye las posteriores cirugías mamarias por cambios estéticos, por ejemplo, una cirugía estética para cambiar el tamaño o la forma de las mamas. Sin embargo, el término incluirá el Tratamiento por problemas funcionales, como los problemas funcionales con un implante mamario usado en la reconstrucción mamaria. Simetría significa que las mamas sean similares, no idénticas, en tamaño y forma.

Síndrome por disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM)

Está disponible para los Miembros la cobertura del Tratamiento de diagnóstico o quirúrgico Médicamente necesario de las afecciones de la articulación temporomandibular, que incluye la articulación de la mandíbula y craneomandibular, cuando la afección sea consecuencia de un accidente, un traumatismo, un defecto congénito, un defecto del desarrollo o una patología. Los servicios dentales están excluidos de la cobertura de esta Evidencia de cobertura.

Atención dental accidental limitada

El Plan proporciona una cobertura limitada para los beneficios dentales que estarían excluidos de la cobertura, pero que Nuestro Director médico determina que son Médicamente necesarios e incidentales y parte integral de un procedimiento médico cubierto. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes:

- Tratamiento, incluida la extracción, de piezas dentales rotas, según sea necesario para reducir una mandíbula fracturada.
- Reconstrucción de un puente dental a causa de la extirpación de un tumor maligno.
- Extracción de piezas dentales antes de la radioterapia de cabeza y cuello.
- Prótesis dentales como consecuencia de la radioterapia de cabeza y cuello o prótesis dentales de reemplazo debido a cambios en la boca derivados de la radioterapia de cabeza y cuello.
- Extracción de quistes de la boca (salvo los quistes relacionados directamente con las piezas dentales y sus estructuras de apoyo).

El Plan proporciona cobertura limitada para la restauración y corrección iniciales de daños causados por una Lesión accidental violenta externa a piezas dentales naturales o a la mandíbula en los siguientes casos:

- La fractura, la dislocación o los daños son consecuencia de una Lesión accidental.
- El Miembro busca tratamiento en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas del momento del accidente o de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura, lo que suceda en último término.
- La restauración o el reemplazo se completa en el plazo de seis (6) meses de la fecha de la lesión o de la Fecha de entrada en vigor de la cobertura, lo que ocurra en último término.

El Plan proporciona beneficios para determinadas cirugías bucales, incluidos los procedimientos quirúrgicos maxilofaciales que se limitan a lo siguiente:

- Escisión de neoplasias, que incluyen lesiones, tumores y quistes no odontogénicos benignos, malignos y premalignos.
- Incisión y drenaje de celulitis y abscesos.
- Procedimientos quirúrgicos que afectan los senos paranasales accesorios, las glándulas salivales y los conductos.

El Plan proporciona beneficios para procedimientos dentales Médicamente necesarios cuando deban realizarse en un Centro participante para la prestación de atención dental necesaria y adecuada cuando la atención dental no se pueda proporcionar de manera segura en el consultorio de un dentista debido a la afección física, mental o médica del Miembro.

Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos

El Plan incluye beneficios para la Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos Médicamente necesaria, según lo indique un Proveedor participante.

Independientemente del método de administración de la leche de fórmula, se cubre la Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos que se proporcione de acuerdo con la indicación por escrito de un Proveedor participante para el Tratamiento o el diagnóstico de lo siguiente:

- Alergias a varias proteínas de los alimentos mediadas por la inmunoglobulina E y no mediadas por la inmunoglobulina E.
- Síndrome grave de enterocolitis inducida por las proteínas de los alimentos.
- Trastorno eosinofílico, según se demuestre mediante los resultados de una biopsia.
- Deficiencia en la absorción de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, el largo funcional y la movilidad del tubo gastrointestinal.

Fenilcetonuria o Enfermedad metabólica hereditaria

Está disponible para los Miembros la cobertura de leche de fórmula dietaria especializada que se necesita para tratar la Fenilcetonuria o una Enfermedad metabólica hereditaria, según lo recete un Proveedor participante. Se proporciona la leche de fórmula en tanto este Plan proporcione cobertura para otros medicamentos que estén disponibles con órdenes médicas. Las Enfermedades metabólicas hereditarias son enfermedades hereditarias que pueden provocar un retraso mental o físico, o la muerte. La Fenilcetonuria es una afección hereditaria que puede causar un retraso mental grave si no se trata.

Cuidado de la diabetes

Si un Miembro fue diagnosticado con diabetes insulínica, diabetes no insulínica o niveles elevados anormales de glucosa en la sangre a causa de un embarazo u otra afección médica, en tanto se determine que es Médicamente necesario y según lo indique un Proveedor participante, los Miembros son elegibles para la cobertura de lo siguiente:

- Capacitación para el autocontrol de la diabetes

- Educación en diabetes
- Control del cuidado de la diabetes
- Equipo para la diabetes
- Suministros para la diabetes

Deberá proporcionarse la cobertura de la misma manera que otras afecciones médicas crónicas comparables. También deberán proporcionarse beneficios para nuevos o mejorados Suministros para la diabetes o Equipo para la diabetes, con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, en tanto se determine que son Médicamente necesarios y según lo indique un Proveedor participante.

El Plan no cubrirá la renovación de los Suministros para la diabetes hasta que el suministro actual de un Miembro se agote en menos de tres (3) semanas.

Trasplantes de órganos y tejido

Con sujeción a las condiciones que se describen a continuación, se proporcionan beneficios a un Miembro en relación con un trasplante de órganos o tejidos realizado por un Proveedor participante, pero solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- El trasplante no es de naturaleza Experimental ni está En fase de investigación.
- Se usan órganos o tejido donados de seres humanos o un dispositivo artificial aprobado por la FDA.
- El destinatario es Miembro del Plan.
- El trasplante cuenta con una Autorización previa, según lo exija el Plan.
- El Miembro cumple con todos los criterios que empleemos para determinar la Necesidad médica del trasplante.
- El Miembro cumple con todos los protocolos y ha sido aprobado para el trasplante por el Centro participante en el que se realizará dicho procedimiento.
- Los beneficios relacionados con un trasplante de órganos o tejido o un dispositivo artificial aprobado por la FDA incluyen, entre otros, diagnóstico por imágenes (p. ej., radiografías, TC, RM, exploraciones), análisis de laboratorio, Quimioterapia, radioterapia, Medicamentos recetados, obtención de órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido y complicaciones que surjan de dicho trasplante.
- Los servicios son coordinados a través de Nuestro departamento de servicios médicos.
- El Miembro usa una red de trasplantes que cuenta con una Autorización previa, que puede ser distinta de la Red del Plan del Miembro.

Los trasplantes cubiertos, cuando solo se use tejido de seres humanos, si se determinan Médicamente necesarios y fueran aprobados por el Director médico como no Experimentales ni En fase de investigación para la afección del Miembro pueden incluir lo siguiente:

- Trasplantes de riñón
- Trasplantes de córnea
- Trasplantes de hígado
- Trasplantes de médula ósea por anemia aplásica, leucemia, inmunodeficiencia combinada grave y síndrome de Wiskott-Aldrich
- Corazón
- Corazón-pulmón
- Pulmón
- Páncreas
- Páncreas-riñón

La cobertura de cada tipo de Trasplante de órgano se limita a lo siguiente:

- Un (1) trasplante inicial
- Un (1) nuevo trasplante posterior por motivos de rechazo

Los costos médicos de la extracción de órganos, tejidos o médula ósea de un donante vivo para el trasplante del Miembro están cubiertos, pero solo en la medida en que dichos costos no estén cubiertos por el plan médico grupal o individual, un contrato de beneficios, un plan prepago u otro arreglo del donante para la cobertura de costos médicos, ya sea de manera asegurada o sin asegurar.

Si el donante también es Miembro, la cobertura está sujeta a todos los procedimientos, las limitaciones, las exclusiones, los Copagos y los Deducibles que se aplican al plan del Miembro donante, solo si se cumplen todas las condiciones anteriores.

Lesión cerebral adquirida

La cobertura incluye lo siguiente:

- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Terapia de comunicación cognitiva
- Terapia y rehabilitación neurocognitivas
- Pruebas y Tratamientos neuroconductuales, neuropsicológicos, neurofisiológicos y psicofisiológicos
- Terapia de neuroretroalimentación
- Reparación
- Transición a cuidados intermedios y Servicios de reintegración en la comunidad, incluido el Tratamiento diurno ambulatorio
- Tratamiento de cuidados intermedios

Es posible que una Lesión cerebral adquirida pueda Tratarse en un Hospital, un Hospital de rehabilitación aguda o intermedia, un Centro de residencia asistida o cualquier otro Centro en el que puedan proporcionarse beneficios adecuados.

Servicio significa el trabajo de realizar evaluaciones, brindar Tratamiento y terapias a un Miembro con una Lesión cerebral adquirida.

Terapia significa el Tratamiento reparador programado proporcionado a través de la interacción directa con un Miembro para mejorar una afección patológica que derive de una Lesión cerebral adquirida.

Para asegurar que se proporcione el Servicio de Tratamiento de cuidados intermedios adecuado, el Plan incluye beneficios para gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica de la atención de un Miembro:

- Que sufrió una Lesión cerebral adquirida.
- Que no ha respondido al tratamiento.
- Que empieza a responder al tratamiento más adelante.

Los objetivos del Tratamiento para el Miembro pueden incluir el mantenimiento de la función, o la prevención o el enlentecimiento de la continuación del deterioro.

Los beneficios para el Tratamiento Medicamento necesario de una Lesión cerebral adquirida se determinarán del mismo modo que el Tratamiento de cualquier otra afección física.

Trastorno del espectro autista

Se proporcionan beneficios para servicios generalmente reconocidos en relación con el Trastorno del espectro autista por parte de un Proveedor participante en un plan de Tratamiento recomendado por dicho proveedor. Una persona que proporcione Tratamiento para el Trastorno del espectro autista debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser un Profesional médico participante:
 - Que tenga licencia, que esté certificado o que esté matriculado en una agencia adecuada en el

- estado de Texas.
 - Con una credencial profesional reconocida y aceptada por una agencia adecuada de los Estados Unidos.
 - Certificado como proveedor en virtud del sistema médico militar TRICARE.
- Una persona que actúa bajo la supervisión de un Profesional médico participante descrito en esta disposición.

Los servicios generalmente reconocidos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Pruebas de detección a un niño a los 18 y 24 meses
- Tratamiento a un Miembro desde la fecha del diagnóstico
- Servicios de evaluación y determinación
- Análisis conductual aplicado
- Entrenamiento y manejo conductual
- Terapia del habla, fisioterapia y terapia ocupacional
- Medicamentos usados para tratar los síntomas del Trastorno del espectro autista

Los beneficios para el Tratamiento del Trastorno del espectro autista se determinarán del mismo modo que el Tratamiento de cualquier otra afección física. No se aplican límites de beneficios para el Trastorno del espectro autista.

Ensayos clínicos: cuidado de rutina del paciente

Los beneficios están disponibles para los Miembros para los Costos del cuidado de rutina del paciente en relación con la participación del Miembro en un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV si el ensayo clínico se realiza para la prevención, la detección o el Tratamiento del cáncer u otra Enfermedad o afección potencialmente mortal y se describe en cualquiera de los siguientes párrafos:

- Ensayos financiados por el gobierno federal para el estudio o la investigación aprobados o financiados por una o más de las siguientes entidades:
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
 - Los Institutos Nacionales de Salud.
 - La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
 - Grupos o centros de cooperación de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos.
 - Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para los subsidios de apoyo a los centros.
 - Una junta de revisión institucional de una institución de este estado que tenga un contrato con la Oficina para la Protección de Seres Humanos en Estudios de Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
 - Cualquiera de los siguientes Departamentos, si el estudio o la investigación realizados por dicho Departamento han sido revisados y aprobados a través de un sistema de revisión de pares que la Secretaría determine que es comparable con el sistema de revisión de pares de estudios e investigaciones que usa el Instituto Nacional de Salud, y se garantice la revisión imparcial de los más altos estándares científicos por parte de personas calificadas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión:
 - El Departamento de Defensa de los Estados Unidos
 - El Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
 - El Departamento de Energía de los Estados Unidos
- El estudio o la investigación se realizan en virtud de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

- El estudio o la investigación son un ensayo farmacológico que está exento de la solicitud de un nuevo medicamento en investigación de este tipo.

No estamos obligados a reembolsarle al Instituto de investigación que lleve a cabo el ensayo clínico el Costo del cuidado de rutina del paciente que se proporcione a través del Instituto de investigación, salvo que el Instituto de investigación y cada proveedor que brinde cuidados de rutina al paciente a través del Instituto de investigación acepten recibir un reembolso a las tarifas establecidas en el Plan como pago total del cuidado de rutina del paciente que se proporcione en relación con el ensayo clínico.

Esta disposición no proporciona beneficios por servicios que sean parte del objeto del ensayo clínico y que suelen ser pagados por el Instituto de investigación que lleva a cabo el ensayo clínico.

No podemos cancelar ni rechazar la renovación de la cobertura por el solo hecho de que un Miembro participa en un ensayo clínico.

Cuidado pediátrico de la vista

Los Miembros de hasta 18 años tienen derecho a exámenes oculares y lentes recetados cuando dicho lente sea recetado por un Proveedor participante y se obtenga de un Proveedor participante. Este beneficio consiste de lo siguiente:

- Un examen ocular integral que se centre en los ojos y el bienestar general cada Año del plan.
- Anteojos recetados que consisten en lentes de cristal o plástico de visión simple, bifocales alineados, trifocales alineados o lenticulares una vez por cada Año del plan, que incluyen anteojos de sol recetados de color de moda y con degradé, de gran tamaño con cristal gris n.º 3, lentes recetados de policarbonato con revestimiento resistente a rayones, artículos para la visión baja, recubrimientos para la protección ultravioleta, lentes de policarbonato, lentes con segmentos invisibles, lentes para la visión intermedia, estándar y marcos una vez por Año del plan.
- Lentes de contacto una vez por Año del plan.

El beneficio también incluye lentes de contacto Médicamente necesarios para el queratocono, la miopía patológica, la afaquia, la anisometropía, la aniseiconía, la aniridia, los trastornos de la córnea, los trastornos posteriores a traumatismos y el astigmatismo irregular.

Beneficios de farmacia

Medicamentos recetados cubiertos, productos farmacéuticos y otros medicamentos

Los únicos Medicamentos recetados cubiertos, productos farmacéuticos u otros medicamentos (denominados “medicamento” o “medicamentos”) que están cubiertos en virtud de esta Evidencia de cobertura son aquellos que, de acuerdo con la ley federal o estatal, pueden despacharse con una Receta médica emitida por un Profesional médico participante con licencia y con inscripciones ante agencias adecuadas de orden público, que sean recetados por las siguientes personas:

- Un Proveedor participante.
- En relación con un Tratamiento de Atención de emergencia, un Proveedor participante o un Profesional médico participante que atienda a un Miembro en un Centro de Atención de emergencia.
- Un Profesional médico participante a quien un Miembro haya sido remitido por un Proveedor participante, que se use para el Tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta Evidencia de cobertura.
- Surtidos a través de una Farmacia participante de conformidad con esta Evidencia de cobertura.

Según corresponda desde el punto de vista médico, es posible que el Director médico requiera el reemplazo de algún Medicamento recetado por otro Medicamento recetado u otra forma de Tratamiento que, según las recomendaciones del Comité de Farmacia y Terapéutica, y el criterio profesional de Nuestro Director médico, proporcione los mismos o mejores resultados a un costo más bajo.

Los beneficios para los Medicamentos recetados cubiertos Medicamente necesarios recetados para tratar a un Miembro por una enfermedad o afección aguda, crónica, incapacitante o potencialmente mortal están disponibles en virtud de esta Evidencia de cobertura si el Medicamento recetado:

- Ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para, al menos, una indicación.
- Es reconocido para el Tratamiento de la indicación para la cual se receta el medicamento por lo siguiente:
 - Un compendio de referencia estándar
 - Bibliografía médica revisada por pares ampliamente aceptada

Si la indicación para la cual se receta el Medicamento recetado no es una indicación del Medicamento recetado que se receta aprobada por la FDA, Nos reservamos el derecho de excluir al Medicamento recetado de la cobertura por dicho uso extraoficial.

La cobertura de Medicamentos recetados no incluye la cobertura de medicamentos Experimentales que, por lo demás, la FDA no apruebe para ninguna indicación, la cobertura de un medicamento que la FDA no haya aprobado ni la cobertura de un Medicamento recetado que, según el compendio de referencia o la bibliografía médica revisada por pares, no se considere que tenga un uso médicamente aceptado para la indicación propuesta.

Formulario basado en evidencia

Proporcionamos cobertura para Medicamentos recetados de acuerdo con un Formulario basado en evidencia desarrollado por Médicos y farmacéuticos que integran el Comité de Farmacia y Terapéutica. Un Formulario es una lista de Medicamentos recetados para los cuales proporcionamos cobertura. El Comité de Farmacia y Terapéutica se reúne, al menos, trimestralmente para revisar la evidencia científica, los datos económicos y una amplia gama de otra información sobre medicamentos para su posible inclusión en el Formulario y cobertura. En función de dicha revisión, el comité selecciona los Medicamentos recetados que considera ser los más seguros y los más eficaces de dichos Medicamentos recetados que cumplan con los objetivos deseados de proporcionar una terapia adecuada al costo más razonable de todos. Una vez realizada dicha determinación, es posible que consigamos o accedamos a contratos con el fabricante de los Medicamentos recetados para recibir descuentos. El comité no seleccionará un Medicamento recetado para el Formulario hasta que se disponga de suficiente evidencia clínica como para permitirle

determinar la seguridad y eficacia comparables del medicamento. El comité define este plazo como ciento ochenta (180) días de disponibilidad. El comité determina qué Medicamentos recetados incluir o quitar, las limitaciones en el suministro y las dosis, la secuencia de uso y todos los otros aspectos sobre Nuestro Formulario. Proporcionaremos un aviso por escrito de la modificación al Formulario de Medicamentos recetados al comisionado y a cada Miembro afectado, a más tardar, 60 días antes de la fecha en que entre en vigor la modificación.

Solicitud de información sobre el Formulario

Un Miembro se puede comunicar con Nosotros para averiguar si un Medicamento recetado específico está en el Formulario. Debemos responder la solicitud del Miembro sobre el Formulario de Medicamentos recetados, a más tardar, el tercer día hábil después de la fecha de la solicitud para informar si un Medicamento recetado específico se encuentra en el Formulario. No obstante, el hecho de que un Medicamento recetado se incluya en un Formulario no garantiza que el Proveedor participante del Miembro lo recetará para una afección médica o una enfermedad mental ni que se cubrirá el Medicamento recetado.

Listas de Formularios

Los Copagos varían según el nivel que hayamos determinado para un Medicamento recetado. Los Medicamentos recetados de Nuestro Formulario, que sean Medicamentos recetados genéricos, requieren el Copago más bajo. Los Medicamentos recetados de Nuestro Formulario, que sean Medicamentos recetados de Marca preferidos, requieren un Copago mayor. Si el costo negociado o Usual y habitual de un medicamento es inferior al Copago, el Miembro solo tiene que pagar el costo más bajo. Si el Miembro requiere el uso de medicamentos genéricos equivalentes y el Miembro recibe un Medicamento recetado de marca cuando está disponible un genérico equivalente, en tal caso, el Miembro no pagará más que el Copago del genérico más la diferencia entre el costo del medicamento genérico y el costo del Medicamento recetado de marca, incluso cuando la receta indique “despachar tal como se receta”. Es posible que no cubramos los Medicamentos recetados, que no sean preferidos, o que requieran el mayor Copago, según el Plan seleccionado.

Los Medicamentos recetados designados en el Formulario como Medicamentos recetados especializados, que se despachen en una Farmacia participante y se autoadministren o administren en el consultorio de un Proveedor participante, podrán estar cubiertos por esta Evidencia de cobertura, con sujeción a los Copagos, al Costo compartido y a los Deducibles de Farmacia especializada que se indican en el Programa de beneficios.

Es posible que los Medicamentos recetados de Nuestro Formulario requieran Autorización previa por parte de Nuestro Director médico, o bien que estén sujetos a requisitos de cobertura.

Si un Medicamento recetado figuraba en Nuestro Formulario al comienzo del Año del plan del Miembro, dicho Medicamento recetado estará disponible al nivel de beneficios contratado hasta que termine el Año del plan, independientemente de que el Medicamento recetado se haya quitado de Nuestro Formulario.

Los Medicamentos recetados que no figuren en el Formulario podrán cubrirse en los siguientes casos:

- El medicamento no está excluido de la cobertura.
- El medicamento es Medicamento necesario.
- Se probaron las alternativas del Formulario, pero resultaron insuficientes para tratar la afección del Miembro o hay motivos clínicamente significativos por los que las alternativas del Formulario no serían adecuadas. (Esto podría no aplicarse a los Medicamentos recetados usados para tratar el cáncer metastásico avanzado en estadio 4 o una afección asociada).

Para solicitar cobertura para un medicamento que no está en el Formulario, un Miembro, o el Proveedor participante o el Profesional médico participante que emite la receta, deberá presentar una solicitud de Autorización previa o solicitar una Apelación al agente de Revisión de utilización para la consideración de la cobertura. Si se deniega la solicitud, el Miembro y el Proveedor participante o el Profesional médico participante que emite la receta podrán

Apelar la denegación. Consulte la sección **Procedimientos para la presentación de reclamos, quejas y apelaciones** de esta Evidencia de cobertura.

Medicamentos recetados especializados

La mayoría de los Medicamentos recetados especializados obtenidos en virtud del beneficio de farmacia deben ser despachados por uno de los Proveedores de farmacia especializada participantes. Los Medicamentos recetados especializados despachados por un Proveedor de farmacia especializada participante estarán sujetos al Copago del Formulario correspondiente a los Medicamentos recetados especializados que se indica en el Programa de beneficios. Se podrá denegar la cobertura del Medicamento recetado especializado si este no se obtiene de un Proveedor de farmacia especializada participante. Un Miembro se podrá poner en contacto con Nosotros para obtener una copia de los Medicamentos recetados especializados que deben obtenerse de Proveedores de farmacia especializada participantes. Es posible que los Medicamentos recetados especializados requieran Autorización previa por parte de un Director médico o que estén sujetos a requisitos de cobertura.

Requisitos de autorización

Algunos medicamentos tienen restricciones para asegurar que se usen de manera adecuada y segura. Dichas restricciones pueden incluir lo siguiente:

- Límites en la cantidad de un Medicamento recetado que el Miembro puede recibir durante un período.
- Terapia escalonada que requiera probar con uno o más Medicamentos recetados alternativos antes de que se cubra un Medicamento recetado. Las restricciones de la terapia escalonada no se aplican a los Medicamentos recetados usados para tratar el cáncer metastásico en estadio 4 o afecciones asociadas.
- Autorización previa que requiera que el proveedor envíe documentación donde se indique que el Medicamento recetado es Medicamento necesario antes de que se cubra un Medicamento recetado.

Si se deniega la cobertura de un Medicamento recetado o la cantidad del Medicamento recetado, el Miembro y el Proveedor participante o el Profesional médico participante del Miembro podrán Apelar la denegación (consulte la sección **Procedimientos para la presentación de reclamos, quejas y apelaciones** de esta Evidencia de cobertura). El Proveedor participante o el Profesional médico participante del Miembro podrán presentar una solicitud para obtener una excepción al protocolo de la terapia escalonada. Si la solicitud de una excepción a la terapia escalonada no se deniega en el término de setenta y dos (72) horas de la solicitud, se considerará que se ha hecho lugar a la solicitud. Si el Proveedor participante o el Profesional médico participante que emite la receta considera que una denegación de la solicitud de una excepción a la terapia escalonada implicaría la muerte o un daño grave, se considerará que se ha hecho lugar a la solicitud si no se deniega en el término de veinticuatro (24) horas de la solicitud.

Resurtido de Medicamentos recetados

No se cubrirán los resurtidos de un Medicamento recetado hasta que el Miembro esté razonablemente en condiciones de recibir un resurtido, según el cálculo que surja de la dosis y la frecuencia adecuada recetadas para el Medicamento recetado en cuestión.

Los resurtidos de las gotas para los ojos recetadas para tratar una enfermedad ocular crónica están permitidos en los siguientes casos:

- En la Receta médica original se indica que se necesitan cantidades adicionales de las gotas para los ojos.
- El resurtido no supera la cantidad total de unidades de dosis autorizadas por el Proveedor participante o el Profesional médico participante que emite la receta en la receta original, incluidos los resurtidos.
- El resurtido se despacha el último día o antes del período de las dosis recetado y:
 - No antes del día 21 después de la fecha en que se despacha una receta de gotas para los ojos para un suministro de 30 días.

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

Medicamentos recetados de mantenimiento

Los Medicamentos recetados usados para afecciones crónicas, según Nuestra definición, son designados como Medicamentos recetados de mantenimiento y se considerarán para la Sincronización médica en los siguientes casos:

- Cumplen los criterios de Autorización previa.
- Se usan para el Tratamiento y el manejo de una enfermedad crónica.
- Pueden ser recetados con resurtidos.
- Son una formulación que puede despacharse efectivamente de acuerdo con el Plan de sincronización para medicamentos.
- No son una sustancia controlada de la Lista II o III.
- Pueden reunir los requisitos para la sincronización de resurtidos y montos prorrateados del Costo compartido para suministros parciales de determinados medicamentos.

Copago y Deducible

Un Miembro debe pagar el Copago de cada Medicamento recetado en función de la cantidad y del suministro de días que se despacha, según se indica en el Programa de beneficios. Los Deducibles o Copagos de Medicamentos recetados se considerarán Gastos de bolsillo a los fines de alcanzar el Máximo de bolsillo del Miembro. El monto que paga un Miembro por un Medicamento recetado no será superior al Copago, según se indica en el Programa de beneficios, al Monto permitido para el Medicamento recetado o al precio vigente del Medicamento recetado.

Medicamentos contra el cáncer para uso oral

Los medicamentos contra el cáncer para uso oral, que no son menos favorables que los medicamentos contra el cáncer para uso intravenoso o inyectable, están cubiertos en virtud del beneficio de Medicamentos recetados especializados y están sujetos a los montos de Costo compartido que se aplican a los Medicamentos recetados especializados en el Programa de beneficios.

Los Medicamentos recetados incluidos en el Programa de entrega de medicamentos oncológicos para uso oral tendrán un límite de un suministro para 14/15 días durante los primeros dos (2) meses de terapia. Cabe destacar que, en el caso de los Miembros con un Copago, los medicamentos incluidos en el Programa de entrega de medicamentos oncológicos para uso oral estarán sujetos al 50% del monto del Copago aplicable, según se indica en el Programa de beneficios. Después de los primeros cuatro (4) surtidos de un medicamento en el Programa de entrega de medicamentos oncológicos para uso oral, los Miembros que continúen la terapia podrán surtir su receta por un suministro máximo de días permitido de acuerdo con el Programa de beneficios.

Interrupción de Medicamentos recetados o infusiones intravenosas

Cursaremos aviso de una Determinación adversa relacionada con la revisión de la disposición sobre Medicamentos recetados o infusiones intravenosas por la cual el Miembro recibe beneficios cubiertos en virtud de la Evidencia de cobertura, a más tardar, 30 días antes de la fecha de interrupción de la disposición sobre Medicamentos recetados o infusiones intravenosas.

Exclusiones y limitaciones

Los beneficios de esta Evidencia de cobertura no incluirán ni estarán limitados por lo siguiente:

Abortos

Los abortos electivos, la finalización no terapéutica del embarazo, incluidos los medicamentos que inducen el aborto, están excluidos, excepto cuando la vida de la madre estaría en peligro si se llevara a término el embarazo o existiera una emergencia médica que pusiera a la mujer en peligro de sufrir un riesgo grave que afecte sustancialmente una función corporal principal de no practicarse un aborto.

Se excluye el **traslado en Ambulancia** cuando otro medio de transporte sea clínicamente adecuado; para las afecciones estables que no sean de emergencia, salvo que cuenten con una Autorización previa; cuando se proporcione para la comodidad del Miembro, de la familia del Miembro, del proveedor de la Ambulancia, del Hospital o del Médico tratante; cuando no tenga lugar el traslado de un Miembro. Además, se excluye el traslado en Ambulancia por vía aérea o marítima cuando el traslado en Ambulancia por vía terrestre sea clínicamente adecuado y a ubicaciones distintas a un Hospital para enfermedades agudas. Todos los medios de transporte en Ambulancia Médicamente necesarios para atender situaciones que no sean de emergencia requieren Autorización previa.

Los **cirujanos asistentes** están excluidos, salvo que se determine que son Médicamente necesarios.

Implantes mamarios

El implante de dispositivos para el aumento de las mamas, el retiro de implantes mamarios y el reemplazo de implantes mamarios que no sean Médicamente necesarios están excluidos.

Se excluye la **circuncisión** de hombres que no sean recién nacidos, de 30 días o menos, salvo que sea Médicamente necesaria.

Los **servicios de quiropráctica** distintos de los descritos en la disposición sobre Terapia manipulativa y atención quiropráctica están excluidos.

El **examen de detección del cáncer colorrectal** excluye Colorguard®.

Complicaciones de procedimientos no cubiertos

Está excluido el Tratamiento de complicaciones de procedimientos no cubiertos.

Procedimientos o Tratamientos estéticos o reconstructivos

Los procedimientos médicos o quirúrgicos estéticos, plásticos, la terapia estética y los suministros relacionados, que incluye, a modo de ejemplo, internación en un Hospital, Medicamentos recetados, análisis de laboratorio y radiografías de diagnóstico o cirugía y otros procedimientos reconstructivos, incluidas las prótesis relacionadas, salvo las prótesis mamarias después de una mastectomía, están excluidos, salvo que se cubran específicamente en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura. Entre los procedimientos excluidos se incluyen los siguientes:

- Escisión o reforma de la piel o de cualquier parte del cuerpo, remoción de manchas de vino de Oporto, remoción de venas superficiales, tatuajes, agrandamiento, implante de reducción o cambio en el aspecto de cualquier parte del cuerpo, salvo que se determine que sea Médicamente necesario.
- Remoción o modificación de piel caída.
- Modificación del aspecto de cualquier parte del cuerpo del Miembro, como agrandamiento, reducción o implante, salvo la reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Implantes o extracción de cabello.
- Exfoliación o abrasión de la piel.

- Cualquier procedimiento que no repare un trastorno del funcionamiento.
- Rinoplastia como cirugía asociada, salvo cuando sea Médicamente necesaria para tratar anomalías craneofaciales, según se describe en la sección **Beneficios médicos** de la Evidencia de cobertura.

Atención por orden judicial

Los beneficios proporcionados únicamente debido a la orden de un tribunal o cuerpo administrativo, cuando dichos beneficios no se cubrirían, por lo demás, en virtud de esta Evidencia de cobertura, están excluidos.

Los **dispositivos de Crioterapia**, como PolarCare™, están excluidos.

El **Cuidado asistencial**, según se indica a continuación, está excluido:

- Servicios, suministros, atención o Tratamiento que el Director médico determine que se proporcionaron para el Cuidado asistencial de descanso, domiciliario o convaleciente.
- Asistencia con actividades de la vida diaria, que incluyen actividades como caminar, levantarse de la cama y acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y la administración de Medicamentos recetados.
- Atención que pueda prestarse de manera segura y eficaz por parte de una persona que no requiera una licencia o certificación ni la presencia de un enfermero que supervise.

Dichos servicios no se cubrirán como beneficios, independientemente de la persona que los preste, recete, recomiende o realice. El hecho de que se proporcionen determinados beneficios mientras Usted o Su Dependiente cubierto reciben Cuidado asistencial no Nos obliga a cubrir el Cuidado asistencial.

Atención dental

La atención dental o la cirugía bucal está excluida, salvo el Tratamiento correctivo de anomalías craneofaciales o una Lesión accidental a una pieza dental natural o cualquier Tratamiento relacionado con la pieza dental, la mandíbula o estructuras adyacentes, que incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

- Limpieza de pieza dental.
- Servicios relacionados con coronas, puentes, empastes o periodoncia.
- Expansores palatinos rápidos.
- Radiografías o exámenes.
- Prótesis o implantes dentales.
- Prótesis dentales, o acortamiento o alargamiento de la mandíbula o del maxilar para Miembros mayores de 18 años, corrección de maloclusión y cualquier atención dental no quirúrgica que implique el Tratamiento del síndrome por disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM), como dispositivos bucales.
- Tratamiento de absceso dental o granuloma.
- Tratamiento de tejidos gingivales, por motivos distintos a los tumores.
- Cirugía o Tratamiento de sobremordida o submordida y cualquier maloclusión asociada con estas mordidas, incluidas aquellas que se consideran congénitas o anomalías del desarrollo.
- Ortodoncia, como férulas, posicionadores, extracción de pieza dental o reparación de pieza dental.

La única cobertura dental que proporcionamos se describe en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura.

Catástrofes o epidemias

En el caso de que se produzca una catástrofe o una epidemia de gran envergadura, se proporcionarán beneficios en tanto ello resulte viable, de acuerdo con el criterio más sensato de los Proveedores participantes y dentro de las limitaciones de los centros y del personal disponibles, pero ni el Emisor ni ningún Proveedor participante tendrá responsabilidad alguna por la demora o la omisión en la prestación o la coordinación de los servicios debido a la falta de centros o personal disponibles.

Superación de los límites de Beneficios médicos

Los servicios prestados a un Miembro que superen un Beneficio médico máximo se excluyen de la cobertura, independientemente de la condición de autorización, según lo permita la ley.

Tratamiento Experimental o En fase de investigación

Se excluyen los Medicamentos recetados, dispositivos, Tratamientos o procedimientos que sean Experimentales o estén En fase de investigación. Consideremos que un Medicamento recetado, dispositivo, Tratamiento o procedimiento es Experimental o está En fase de investigación en los siguientes casos:

- No se puede comercializar lícitamente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU., y la aprobación para la comercialización no se ha otorgado en el momento en que se administra.
- Fue revisado y aprobado por la junta de revisión institucional del Centro, o comité similar, o si la ley federal exige que dicho comité lo revise y apruebe. Esta exclusión también se aplica si, en virtud de la ley federal, el formulario de consentimiento informado usado con el Medicamento recetado, dispositivo, Tratamiento o procedimiento debió ser revisado y aprobado por dicho comité.
- La evidencia confiable indica que el Medicamento recetado, dispositivo, Tratamiento o procedimiento es el objeto de ensayos clínicos en curso de Fase I o Fase II, es la investigación, el estudio Experimental o el grupo En fase de investigación de ensayos clínicos en curso de Fase I o Fase II, o por lo demás, se encuentra en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con el método estándar de Tratamiento o diagnóstico.
- No se ha establecido la seguridad o la eficacia mediante evidencia médica confiable y aceptada.
- La evidencia confiable indica que la opinión prevaleciente entre expertos es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos del Medicamento recetado, dispositivo, Tratamiento o procedimiento para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia comparada con el método estándar de Tratamiento o diagnóstico.

El término “evidencia confiable” incluye solo informes y artículos publicados en bibliografía médica y científica acreditada, y protocolos y formularios de consentimiento informado por escrito usados por el Centro tratante o por otro Centro que estudie sustancialmente el mismo Medicamento recetado, dispositivo, Tratamiento o procedimiento.

Además, están excluidos los Medicamentos recetados, dispositivos, Tratamientos o procedimientos que no se usarían ante la ausencia de un medicamento, dispositivo, Tratamiento o procedimiento Experimental o En fase de investigación.

Servicio proporcionado por un familiar del Miembro

Están excluidos los Tratamientos o servicios prestados por un Médico o proveedor que sea pariente Suyo, o de Su Dependiente cubierto, de sangre o por matrimonio, y que viva en el hogar del Miembro, así como cualquier otro servicio o suministro que el Miembro no tendría obligación legal de pagar ante la ausencia de esta Evidencia de cobertura o cualquier cobertura similar, o por el cual no suele haber un cargo o un cargo diferente ante la ausencia de cobertura de atención médica.

Tratamiento de planificación familiar

Se excluyen la reversión de un procedimiento de esterilización electiva y los condones para hombres.

Cuidado del pie (de rutina)

Se excluyen el tratamiento del pie débil, esguinzado o plano, los callos, las callosidades o los medicamentos para el Tratamiento de hongos no complicados en las uñas. Se excluyen los calzados ortopédicos correctivos, los soportes para el arco, las férulas u otro artículo para el cuidado del pie, salvo según se indique en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura. Esto no se aplicará a la extracción de las raíces de las uñas.

Pruebas genéticas

Están excluidas las pruebas genéticas relacionadas con la preimplantación de embriones para la fertilización *in vitro*, salvo aquellas que se requieran en virtud de la ley estatal o federal aplicable y el asesoramiento genético prenatal Médicamente necesario. Los resultados de las pruebas genéticas o el hecho de negarse a someterse a una prueba genética no se usarán para rechazar, denegar, limitar, cancelar, negarse a renovar, aumentar las Primas ni, de otro modo, para afectar negativamente la elegibilidad para este plan o la cobertura de este plan.

Dispositivos auditivos

Las siguientes exclusiones incluyen baterías o cables para audífonos, audífonos de uso temporal o desechables, la reparación o el reemplazo de audífonos debido al uso normal, la pérdida o el daño, un audífono que no cumple las especificaciones recetadas para la corrección de la pérdida auditiva.

Equipos para el hogar

Se excluyen los siguientes **dispositivos, equipos y suministros**:

- Calzado correctivo, plantillas, soportes para el arco y plantillas ortopédicas, salvo lo establecido en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura y para el Tratamiento de la diabetes.
- Los equipos y dispositivos considerados desechables o prácticos para su uso en el hogar, como vendas y vendajes de venta libre.
- Los artículos prácticos o confortables, como las sillas para la tina, los hidromasajes, las barras de seguridad, las salvaescaleras o los elevadores de escaleras, las mesas auxiliares para camas, los soportes de cama, las saunas y el equipo para hacer ejercicio.
- Equipo de control ambiental, como aires acondicionados, purificadores, humidificadores, deshumidificadores, generadores electrostáticos y lámparas y lámparas de calor.
- Suministros médicos de consumo, como vendas, vendajes y otros dispositivos desechables, preparados para la piel, medias de compresión, medias elásticas, medias antiembólicas TED, medias para muñón y prendas de compresión de venta libre.
- Cuellos cervicales de goma espuma.
- Estetoscopios, esfigmomanómetro y oxímetros de pulso de registro o portátiles.
- Artículos o equipos de higiene o ayuda personal.
- Sillas de rueda o sillas de inclinación automática eléctricas, de lujo y personalizadas.

Actos ilícitos

Se excluyen los cargos por los servicios recibidos como consecuencia de una lesión o enfermedad causada o derivada de la participación del Miembro en un acto o una ocupación ilícitos, o por cometer o intentar cometer un delito, un acto delictivo, una agresión u otra conducta antijurídica, independientemente de la existencia de una acusación. A los fines de esta exclusión, un acto es “ilícito” si es contrario a la ley o la infringe e incluye, a modo de ejemplo, operar un vehículo motorizado, un vehículo recreativo o una embarcación bajo los efectos de las drogas o el alcohol. Estar bajo los efectos de las drogas o el alcohol incluye situaciones en las que el Miembro tiene un contenido o una concentración de alcohol en la sangre (CAS) superior al límite legal aplicable. Esta exclusión no se aplica si la lesión es producto de un acto de violencia doméstica o afección médica (que afecte tanto a la salud física como mental) o, en caso de emergencia, el examen de detección médica inicial, el Tratamiento y la Estabilización de una afección de emergencia.

Tratamiento de la Infertilidad

Se excluyen los siguientes servicios de Infertilidad:

- Fertilización *in vitro*.
- Inseminación artificial.
- Transferencia intrafalopiana de gametos y procedimientos similares.
- Transferencia intrafalopiana de cigotos y procedimientos similares.
- Medicamentos cuyo propósito primario es el Tratamiento de la Infertilidad.
- Reversión de la esterilidad voluntariamente inducida.
- Servicios de gestación subrogada y fertilización.

- Donación de óvulos o espermatozoides.
- Cualquier costo relacionado con la gestación subrogada, el banco de espermatozoides para uso futuro o cualquier tecnología de reproducción asistida o Tratamiento relacionado que no se especifique en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura.

Salud mental

Los servicios por enfermedades o trastornos mentales se limitan a aquellos servicios que se describen en la disposición “Cuidado de la salud mental” de esta Evidencia de cobertura, que incluyen la terapia y los servicios relacionados. La cobertura de los servicios que derive o se relacione con una orden judicial o situación de libertad condicional o condena condicional está sujeta a la misma limitación.

Disposiciones varias

Dispositivos artificiales, dispositivos correctivos, distintos a aquellos proporcionados como Dispositivos ortopédicos. Están excluidos los suministros médicos no recetados, como medicamentos para el hogar y de venta libre, baterías, condones, jeringas (distintas a las jeringas de insulina), prótesis dentales, anteojos y lentes de corrección, salvo que se especifiquen en el Plan.

Falta de pago por gastos en exceso

No se pagará ninguna parte del cargo de un servicio o suministro que exceda los cargos Usuales y habituales de dichos servicios o suministros que prevalezcan en el área donde se recibió el servicio o suministro.

Se excluyen la **terapia por ondas de choque** y los procedimientos relacionados.

Artículos para el confort personal

Se excluyen los artículos personales; los artículos de confort; los productos alimentarios; las comidas para acompañantes; el alojamiento; los cargos de teléfono; los gastos de traslado; las habitaciones privadas, salvo que sean Médicamente necesarias; los suministros para el hogar; los servicios de barbería y belleza; la radio; la televisión o los videos de procedimientos; las vitaminas, los minerales, los suplementos dietarios y productos similares, salvo que estén específicamente incluidos en esta Evidencia de cobertura.

El **Beneficio de farmacia** excluye lo siguiente:

- Medicamentos, dispositivos y otros servicios de farmacia cubiertos que un Miembro pueda obtener debidamente sin costo a través de un programa de un gobierno local, estatal o federal, salvo que se proporcione a través de Medicaid o que esta exclusión esté específicamente prohibida por ley.
- Medicamentos “de venta libre” que no requieran una Receta médica de un Proveedor participante o Profesional médico participante para que se despachen. La excepción es la insulina y si el medicamento se incluye en Nuestro Formulario.
- Todo aquello que no esté especificado como cubierto o que no se defina como un medicamento, por ejemplo, dispositivos terapéuticos, dispositivos de otro tipo, fajas, glucómetros, inhaladores y máquinas para el asma, incluidas las jeringas (salvo las jeringas desechables para los Miembros que sean insulino dependientes), excepto que se incluyan en Nuestro Formulario.
- Medicamentos Experimentales o En fase de investigación u otros medicamentos que, según la opinión del Comité de Farmacia y Terapéutica o el Director médico, no hayan demostrado ser eficaces. NOTA: Las denegaciones por uso Experimental o En fase de investigación se consideran Determinaciones adversas y están sujetas a las disposiciones de Apelación de la Determinación adversa y Revisión independiente de esta Evidencia de cobertura.
- Medicamentos no aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para su uso en seres humanos o para la afección, la dosis, la vía de administración, la duración y la frecuencia que se está tratando.
- Medicamentos usados por motivos estéticos.
- Medicamentos usados para los Tratamientos o las afecciones médicas no cubiertos por esta Evidencia de cobertura.

- Medicamentos usados principalmente para el Tratamiento de la Infertilidad.
- Vitaminas, salvo si el medicamento se incluye en Nuestro Formulario.
- La receta inicial o los resurtidos despachados más de un (1) año después de la fecha de la Receta médica del Proveedor participante o del Profesional médico participante.
- Salvo en el caso de emergencias médicas, los medicamentos que no se obtengan de una Farmacia participante.
- Medicamentos entregados o administrados a un Miembro mientras está en un Hospital, Centro de enfermería especializada u otro Centro.
- Una receta que tiene una alternativa de venta libre.
- Recetas iniciales o resurtidos para un suministro que superaría la vigencia de esta Evidencia de cobertura, incluso cuando la Receta médica del Proveedor participante o del Profesional médico participante haya sido emitida antes de la finalización.
- Medicamentos para el Tratamiento de la disfunción sexual, la impotencia o la insuficiencia.
- Medicamentos con un costo elevado que son químicamente similares y tienen el mismo mecanismo de acción que una entidad química existente y aprobada, y no ofrecen ningún beneficio clínico significativo.

Exámenes físicos y mentales

Se excluyen las pruebas o los exámenes físicos, psiquiátricos, psicológicos y los informes para lo siguiente:

- Obtener o conservar el empleo.
- Obtener o conservar algún tipo de licencia.
- Obtener o conservar un seguro.
- Relacionados con fines del seguro y similares.
- Fines educativos.
- Servicios para educación especial y programas del desarrollo que no sean Médicamente necesarios.
- Fines previos al matrimonio y a la adopción en virtud de una orden judicial.
- Relacionados con algún procedimiento judicial o administrativo.
- Investigación médica.
- Aptitud para participar en actividades deportivas, como deportes escolares.

Se excluye la **cirugía para la queratotomía refractiva**.

Reembolso

No le pagaremos a ningún proveedor ni le reembolsaremos a ningún Miembro los Beneficios médicos o los Beneficios de farmacia respecto de los cuales un Miembro no tendría obligación alguna de pagar ante la inexistencia de cobertura en virtud de esta Evidencia de cobertura.

Pérdida del habla y de la audición

Los servicios por la pérdida o la afectación del habla o de la audición se limitan a aquellos servicios de rehabilitación que se describen en la disposición Terapia de rehabilitación.

La **rehabilitación deportiva** se refiere al Tratamiento continuo por lesiones relacionadas con deportes para mejorar una capacidad superior a la normal para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD). Se excluyen la rehabilitación deportiva u otras actividades recreativas similares porque no se consideran un Tratamiento de la enfermedad. Esto incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente: béisbol, lanzar/arrojar la pelota, animación deportiva, golf, artes marciales de todo tipo, fútbol americano, béisbol, baloncesto, fútbol, lacrosse, natación, atletismo federados, etc. en la universidad, la secundaria u otro entorno colegial o comunitario, tenis profesional y aficionado, danza profesional y aficionada/de pasatiempo/académica, levantamiento de pesas competitivo y actividades similares.

Terapias y Tratamientos

Se excluyen las siguientes terapias y Tratamientos: equinoterapia; terapia craneosacral; terapia recreativa; programas de ejercicios; hipnosis; musicoterapia; biblioterapia; terapia de integración sensorial; terapia visual;

entrenamiento visual; terapia ortóptica; entrenamiento ortóptico; terapia visual conductual; integración visual; terapia visual; terapia por ondas de choque; terapia oral para las alergias; acupuntura; naturopatía; hipnosis o anestesia hipnótica; servicios médicos de la Ciencia Cristiana; servicios de biorretroalimentación, salvo el Tratamiento de la Lesión cerebral adquirida y la rehabilitación de la Lesión cerebral adquirida; masaje terapéutico, salvo que esté asociado con una modalidad de fisioterapia proporcionado por un fisioterapeuta con licencia.

Trasplantes

Los trasplantes de órganos y médula ósea, y los costos del donante/de la obtención asociados para Usted o Su Dependiente cubierto están excluidos, salvo que específicamente se indique que están cubiertos en esta Evidencia de cobertura.

Tratamiento recibido en centro o instituciones del gobierno estatal o federal

No se realizará ningún pago por servicios, salvo la Atención de emergencia, recibidos en Centros del gobierno federal ni por los artículos o los servicios proporcionados en instituciones operadas por algún estado, gobierno o agencia cuando el Miembro no tenga obligación legal de pagar por dichos artículos o servicios. Sin perjuicio de ello, se realizará un pago en la medida en que lo exija la ley, siempre y cuando dicha atención la proporcione de manera anticipada un Proveedor participante y cuente con la Autorización previa, si se requiere, de Nuestro Director médico.

Servicios no autorizados

Están excluidos los Beneficios médicos o los Beneficios de farmacia que no sean de emergencia y que no sean proporcionados, indicados, recetados o autorizados por un Proveedor participante o un Profesional médico participante.

Atención de la vista: pacientes adultos

Se excluyen los ejercicios oculares, el entrenamiento ocular, la ortóptica, las pruebas de varias fases, los anteojos, incluidos los anteojos y los lentes de contacto recetados después de una cirugía de la vista, los lentes de contacto para Miembros mayores de 18 años, salvo el Tratamiento del queratocono, y cualquier otro artículo o servicio para la corrección de la vista del Miembro, que incluye, a modo de ejemplo, ortóptica, entrenamiento de la vista, terapia de la vista, queratotomía radial (QR), queratoplastia lamelar automatizada (QLA o QL), queratotomía astigmática (QA), cirugía láser para la corrección de la vista y queratotomía fotorrefractiva (QFR-láser), salvo que se incluyan específicamente en la sección **Beneficios médicos** de esta Evidencia de cobertura o en una Cláusula adicional.

Atención de la vista: pacientes pediátricos

- Los exámenes oculares de rutina no incluyen los servicios profesionales de lentes de contacto.
- Se excluye la cirugía ocular con láser (LASIK).
- Se excluyen los servicios, Tratamientos o materiales para la vista que no se indique específicamente que son un Beneficio médico cubierto.
- Se excluyen los servicios y materiales que no cumplan los estándares de optometría aceptados.
- Se excluyen las visitas telefónicas.

Guerra, insurrección o disturbio

Se excluyen los Beneficios médicos o los Beneficios de farmacia proporcionados como consecuencia de una lesión o enfermedad causada por algún acto de guerra declarada o no declarada, o bien por la participación del Miembro en un disturbio o insurrección.

Si se demora la prestación de un Beneficio médico o de un Beneficio de farmacia, o este resulta inviable a causa de circunstancias ajenas al control del Emisor, como la destrucción total o parcial de las instalaciones por motivos de guerra, disturbio o insurrección civil; un acto de terrorismo; controversia laboral; orden del gobierno; estado de emergencia a nivel nacional, estatal o local; pandemia o similar, ni Nosotros ni ningún Proveedor participante, Profesional médico participante o Centro serán responsables ante los Miembros.

Bajar de peso

Se excluyen los programas, los suplementos, los servicios, los suministros, las cirugías para bajar de peso, incluidas, entre otras, el *bypass* gástrico, la cirugía gástrica con grapas y la banda gástrica vertical, y la inscripción en gimnasios, incluso si el Miembro tuviera una afección médica o estos fueran indicados por un Médico o Profesional de atención médica.

Procedimientos para la presentación de reclamos, quejas y apelaciones

De acuerdo con los procedimientos que se incluyen en este documento, el Emisor está facultado para revisar Reclamos, a fin de determinar si estos están cubiertos por esta Evidencia de cobertura.

Procedimiento para la presentación de reclamos

Habitualmente, los Miembros no tendrán que pagar a ningún proveedor o Centro por los servicios que se proporcionen en virtud de esta Evidencia de cobertura. Sin embargo, si un Miembro recibe beneficios de centros con los que no solemos tener contrato, por ejemplo, ante una emergencia, es posible que se les pida a los Miembros que le paguen directamente al proveedor o al Centro. Los Miembros tienen derecho a obtener un reembolso del pago si dichos beneficios están cubiertos por esta Evidencia de cobertura y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Los Miembros Nos presentan una constancia y un Reclamo del pago por escrito a Nuestra oficina.
- Consideramos aceptables la constancia y el Reclamo del pago por escrito.
- Recibimos la constancia y el Reclamo del pago por escrito en el término de sesenta (60) días de la fecha en la que el Miembro recibió los beneficios.
- El Miembro cumplió con los términos de esta Evidencia de cobertura.

Omitir presentar un Reclamo en el término de 60 días

Omitir presentar la constancia y el Reclamo del pago por escrito dentro del período de sesenta (60) días no invalidará ni reducirá el derecho de los Miembros de obtener un reembolso, siempre y cuando el Miembro no haya podido razonablemente presentar dicha constancia y Reclamo del pago dentro del plazo indicado, y haya presentado la constancia y el Reclamo del pago por escrito tan pronto como haya sido razonablemente posible.

La presentación de la constancia y del Reclamo del pago por escrito debe consistir en recibos pormenorizados que contengan lo siguiente:

- Nombre y dirección donde se recibieron los beneficios.
- Fecha en la que se proporcionó el beneficio.
- Monto pagado por el beneficio.
- Diagnóstico de la visita.

Los Reclamos para el reembolso deben enviarse según se indica a continuación:

Scott and White Health Plan
Attn: Claim Department
1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502

En ningún caso estaremos obligados en virtud de esta Evidencia de cobertura si no recibimos dicha constancia y Reclamo del pago en el término de un (1) año de la fecha en la que se proporcionaron los beneficios al Miembro.

Acuse de recibo del Reclamo

A más tardar, quince (15) días después de que recibamos Su Reclamo, acusaremos recibo por escrito del Reclamo, iniciaremos la investigación del Reclamo y solicitaremos al Miembro cualquier información, declaración o formulario necesarios. Es posible que solicitemos más información durante el curso de la investigación.

Aceptación o rechazo del Reclamo

A más tardar, quince (15) días hábiles después de que recibamos todos los elementos y la información solicitados, notificaremos al Miembro por escrito la aceptación o el rechazo del Reclamo y el motivo, si se rechazara, o bien notificaremos al Miembro que se necesita más tiempo para procesar el Reclamo e indicaremos el motivo por el cual necesitamos más tiempo. Si se necesita más tiempo para tomar una decisión, aceptaremos o rechazaremos el Reclamo, a más tardar, cuarenta y cinco (45) días después de que se haya notificado al Miembro que se necesita más tiempo.

Pago del Reclamo

Los Reclamos se pagarán, a más tardar, cinco (5) días hábiles después de la notificación de la aceptación.

Pago al Médico o al proveedor

El pago que le hagamos al proveedor o al Centro que proporciona el servicio al Miembro nos liberará de Nuestra obligación en virtud de esta sección.

Examen físico o autopsia

Nos reservamos el derecho y la oportunidad de realizar lo siguiente:

- Un examen físico a un Miembro respecto de quien se presente un Reclamo y con la frecuencia que consideremos razonable mientras esté pendiente el Reclamo en virtud de esta Evidencia de cobertura.
- En caso de muerte, es posible que solicitemos la realización de una autopsia, salvo que esta esté prohibida por ley.

Procedimiento para la presentación de quejas

Reconocemos que es posible que un Miembro, un Médico, un proveedor u otra persona designada para actuar en nombre de un Miembro encuentre que un accionar en virtud de esta Evidencia de cobertura no cumple las expectativas. Es importante que se informe al Emisor sobre el accionar de este tipo. Nos comprometemos a abordar rápidamente los problemas, a gestionar la prestación de beneficios de manera eficaz y a evitar futuras Quejas y Apelaciones. No tomaremos represalia contra un Miembro a raíz de que este, su proveedor o una persona que actúe en su nombre presente una Queja o apele una decisión que hayamos tomado.

Les ofrecemos a los Miembros la oportunidad de presentar una Queja en el término de ciento ochenta (180) días para cuestionar el proceso de beneficios/Reclamos. Los Miembros deben presentar una Queja por escrito y llamar a Servicio al Cliente para comenzar el proceso. Si Nuestra resolución de la Queja es insatisfactoria para el Miembro, el Miembro tendrá la oportunidad de Apelar dicha Queja.

En algunos casos, es posible que solicitemos más tiempo para procesar la Queja de un Miembro. Si un Miembro no quiere otorgar más tiempo, tomaremos una decisión sobre la Queja del Miembro en función de la información que tengamos. Esto puede derivar en la denegación de la Queja de un Miembro.

Tras recibir las Quejas de manera oral o por escrito, enviaremos una carta de acuse de recibo, a más tardar, cinco (5) días hábiles después de la fecha de la recepción. En la carta de acuse de recibo, se incluirá una descripción de Nuestros procedimientos y plazos relacionados con las Quejas. Si la Queja se recibe de manera oral, también adjuntaremos un formulario de Queja de una página, que deberá devolverse para la pronta resolución de la Queja.

Acusaremos recibo, investigaremos y resolveremos todas las Quejas en el término de treinta (30) días calendario después de la fecha de recepción de la Queja por escrito o del formulario de Queja de una página.

En la carta de resolución de la Queja, se incluirán los motivos específicos de Nuestra determinación. En la carta de respuesta, también se incluirá una descripción completa del proceso de Apelación, con indicación de los plazos de este proceso y de los plazos para la decisión final de la Apelación.

Las Quejas relacionadas con una emergencia o con una denegación de la continuación de la hospitalización se resuelven, a más tardar, un (1) día hábil después de que recibamos la Queja.

Apelación de las Quejas

Si el Reclamante no está satisfecho con Nuestra resolución de la Queja, se le dará la oportunidad de comparecer en persona ante un panel de Apelación en el centro donde habitualmente recibe beneficios el Miembro, o en otro lugar acordado por el Reclamante, o bien la oportunidad de remitir una Apelación por escrito a un panel de Apelación.

Enviaremos una carta para acusar recibo de la Apelación oral o por escrito de los Reclamantes, a más tardar, cinco (5) días hábiles después de la fecha de recepción de la Apelación. En la carta de acuse de recibo, se incluirá una descripción de Nuestros procedimientos y plazos relacionados con la Apelación. Si la Apelación se recibe de manera oral, también adjuntaremos un formulario de Apelación de una página, que deberá devolverse para la pronta resolución de la Apelación.

Designaremos a los integrantes del panel de Apelación de la Queja, quienes nos informarán sobre la resolución de la Queja. El panel de Apelación de la Queja estará integrado por un miembro del personal del Emisor, un Proveedor participante y un Miembro. Ningún integrante del panel de Apelación de la Queja podrá haber participado previamente en la decisión objeto de la controversia. El Proveedor participante debe tener experiencia en la misma o similar especialidad que suele tratar la afección médica, realizar el procedimiento o proporcionar el Tratamiento en el área de atención objeto de la controversia y debe ser independiente de cualquier otro Médico o proveedor que haya hecho alguna determinación previa. Si la atención de especialidad es el objeto de la controversia, el Proveedor participante que integra el panel de Apelación deberá ser especialista en el campo de atención sobre el cual versa la Apelación. El Miembro no podrá ser empleado del Emisor.

A más tardar, cinco (5) días hábiles antes de la reunión programada del panel, salvo que el Reclamante acuerde otra cosa, le proporcionaremos al Reclamante o al representante designado del Reclamante:

- La documentación que Nuestro personal presentará al panel.
- La especialización de los Médicos o proveedores consultados durante la investigación.
- El nombre y la afiliación de cada representante del Emisor en el panel.

El Reclamante, o el representante designado si el Miembro es menor o tiene una discapacidad, tendrá derecho a lo siguiente:

- Comparecer ante el panel de Apelación de la Queja en persona o de otra manera adecuada.
- Presentar un informe de perito alternativo.
- Solicitar la presencia de cualquier persona responsable de haber tomado la determinación anterior que derivó en la Apelación y de interrogarla.

El aviso de la decisión final del Emisor sobre la Apelación incluirá una declaración de lo siguiente:

- La determinación médica específica.
- El fundamento clínico de la denegación de la Apelación.
- Los criterios contractuales usados para llegar a la decisión final.
- En el aviso, también se incluirá un número de teléfono gratuito y la dirección del Departamento de Seguros de Texas.

Completaremos el Proceso de Apelación, a más tardar, treinta (30) días calendario después de la fecha de recepción de la solicitud de Apelación por escrito o del formulario de Apelación de una página.

Arbitraje vinculante voluntario

Si se dio por finalizado el proceso de queja y apelación, toda controversia restante relacionada con un reclamo por daños y perjuicio podrá someterse a un arbitraje vinculante voluntario, si ambas partes están de acuerdo. En virtud de esta cobertura, si ambas partes acuerdan el arbitraje vinculante, el laudo arbitral será definitivo y vinculante.

El arbitraje será administrado por la Asociación Americana de Arbitraje (AAA) de conformidad con sus Normas de arbitraje para proveedores pagadores de atención médica, y se podrá dictar sentencia sobre el laudo arbitral en cualquier tribunal competente. Un solo árbitro escuchará los Reclamos. El árbitro deberá tener, al menos, 15 años de experiencia en la industria relevante y se seleccionará usando el proceso de lista de la AAA. El árbitro deberá establecer una hora y un lugar para la audiencia de arbitraje y notificar a cada parte. El arbitraje se regirá por las leyes del estado de Texas. Los árbitros no estarán facultados para otorgar lucro cesante, daños incidentales, emergentes, especiales, indirectos, punitivos o similares ni ningún daño no medido por los daños directos reales de la parte vencedora, y no podrán dictar ninguna sentencia, veredicto ni laudo que no se ajuste a los términos y condiciones del Acuerdo, incluidos, a modo de ejemplo, los términos y condiciones relacionados con la exclusión o la limitación de daños y perjuicios. Todas las costas y los gastos del arbitraje estarán a cargo de las partes por partes iguales, salvo los gastos propios de honorarios de letrados, peritos, testigos, y la preparación y presentación del objeto del arbitraje, que cada parte asumirá de manera individual. Salvo que la ley exija otra cosa, ninguna parte ni ningún árbitro podrá revelar la existencia, el contenido ni los resultados de ningún arbitraje en virtud de este documento sin el consentimiento previo por escrito de ambas partes.

Medicare y Subrogación

Medicare

Independientemente de cualquier otra disposición en contrario del Acuerdo, a partir del primer día en que Usted o Su Dependiente cubierto empiezan a estar cubiertos por Medicare y en los casos en que Medicare sería el pagador principal de beneficios, Usted o Su Dependiente cubierto deberán acordar lo siguiente:

1. Usted y Su Dependiente cubierto reunirán los requisitos, y continuarán reuniendo los requisitos de manera continua, para acceder a la cobertura de la Parte B de Medicare.
2. Usted deberá pagar las Primas requeridas para la cobertura de Medicare.
3. Usted deberá cooperar íntegramente con la coordinación de Sus beneficios de atención médica, incluida la cobertura sujeta a otros términos del Acuerdo, y llevar a cabo los actos que sean necesarios y convenientes para facilitar el reembolso máximo por parte de Medicare, el Emisor y los Proveedores participantes por los servicios proporcionados.

Efecto sobre los beneficios del Plan

El Emisor pagará la diferencia entre el Gasto permitido y el monto que pague Medicare, de acuerdo con la explicación de beneficios médicos de Medicare. Los beneficios se reducirán proporcionalmente cuando se requiera una reducción en virtud de esta disposición. Posteriormente, el Emisor cargará estos montos a cualquier limitación de beneficios aplicable.

Medio de pago

El Emisor tendrá derecho, que podrá ejercer a su absoluto criterio, a pagar directamente a cualquier organización que realice dichos otros pagos cualquier monto que determine que se justifique realizar para satisfacer la intención de esta disposición. Los montos así pagados se considerarán beneficios en virtud del Plan. Estos pagos liberarán por completo al Emisor de cualquier otra responsabilidad.

Subrogación/gravamen/cesión/reembolso

Si el Plan paga o proporciona beneficios médicos por una enfermedad o lesión causada por un acto o una omisión de alguna persona o entidad, el Plan se subrogará en todos los derechos de recuperación de un participante del plan, en la medida de los beneficios proporcionados o del valor razonable de los servicios o beneficios proporcionados por el Plan. Una vez que el Plan haya proporcionado algún beneficio, se le otorgará a este un derecho de retención sobre el producido de cualquier pago, liquidación, determinación u otra indemnización que reciba el participante del plan de cualquier fuente, según lo permita la ley, que incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

- Un tercero o cualquier compañía de seguros en nombre de un tercero, que incluye, a modo de ejemplo, seguro de responsabilidad civil de instalaciones, automóviles, hogar, profesional, establecimientos de venta de alcohol o cualquier otra póliza de seguro de responsabilidad civil o complementaria aplicable, ya sea con financiamiento de la Prima o mediante un seguro propio.
- Seguro de automóvil infrasegurado/sin asegurar si Usted o Su familia no pagaron la Prima.
- Seguro independientemente de la culpa, como protección por lesiones personales o pagos médicos.
- Cualquier indemnización, liquidación o beneficio pagado en virtud de cualquier ley, Reclamo o fallo por accidentes laborales.
- Cualquier acuerdo o contrato de indemnidad.
- Cualquier otro pago designado, diseñado, destinado o previsto a favor de un participante del plan a modo de compensación, restitución o indemnización por lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de la negligencia o la responsabilidad, incluida la responsabilidad contractual, de cualquier persona o entidad.

- Cualquier fuente que reembolse, coordine o pague el costo de la atención.

Sin perjuicio de lo mencionado anteriormente, el Plan cumplirá los requisitos de cualquier ley estatal aplicable.

Derecho de recuperación

El Plan tiene derecho a recuperar los beneficios que haya pagado en nombre del participante del plan cuando dicho pago:

- Se haya realizado por error.
- Obedezca a un error de hecho.
- Se haya realizado de manera incorrecta durante el período en que se debía alcanzar el Máximo de bolsillo para el Año calendario.

Los beneficios pagados a raíz de la tergiversación de los hechos por parte del participante del plan también están sujetos a recuperación.

Si el Plan proporciona un beneficio para el participante del plan que supera el monto que debió haberse pagado, el Plan:

- Requerirá que se devuelva el pago en exceso cuando lo solicite.
- Reducirá el pago de un beneficio futuro para Usted o Su dependiente de acuerdo con el monto del pago en exceso.

Si el Plan paga incorrectamente beneficios a Usted o a Su dependiente durante el período en que se debía alcanzar el Máximo de bolsillo para el Año calendario, el Plan le enviará a Usted o a Su dependiente un estado de cuenta mensual con indicación del monto que Usted adeuda y las instrucciones para el pago. El Plan tiene derecho a recuperar beneficios:

- Enviando una carta recordatoria a Usted o a Su Dependiente cubierto en la que se detalle el saldo restante adeudado al Plan.
- Realizando llamadas de cortesía a Usted o a Su Dependiente cubierto para analizar cualquier saldo restante adeudado al Plan.

Cesión

Tras recibir beneficios del Plan, se considera que un participante del plan ha **cedido** al Plan su derecho de recuperación de cualquier fuente, incluidas aquellas mencionadas en este documento, en la medida del valor razonable de los servicios, según lo determine el Plan, o de los beneficios proporcionados por el Plan.

Ningún participante del plan podrá ceder, renunciar, llegar a un acuerdo ni resolver ningún derecho o pretensión que este o que cualquier dependiente pueda tener contra cualquier persona o entidad que cause una lesión o enfermedad, o aquellas que se indican en este documento, sin el consentimiento previo por escrito del Plan o del administrador del Plan.

Reembolso

Si un participante del plan no le otorga un reembolso al Plan proveniente de las resoluciones, las sentencias, los pagos realizados por los seguros u otra fuente de pago, incluidas aquellas que se indican en este documento, el Plan tiene derecho a reducir los beneficios actuales o futuros pagaderos a un participante del plan o en nombre de este hasta que el Plan haya recibido un reembolso total.

Acciones del Plan

El Plan, en ejercicio de los derechos obtenidos en virtud de este documento, podrá iniciar cualquier acción que estime necesaria para proteger sus intereses, que incluirá, a modo de ejemplo, lo siguiente:

- Iniciar una acción en nombre propio, o en nombre del participante del plan, contra la parte responsable o su compañía de seguros o contra las personas que se indican en este documento.
- Dejar de pagar los beneficios al participante del plan hasta que este le proporcione al patrocinador del Plan los documentos necesarios para que el Plan ejerza sus derechos y privilegios.

Obligaciones del participante del Plan con el Plan

- Si un participante del plan recibe servicios o beneficios en virtud del Plan, el participante del plan deberá notificar de inmediato al patrocinador del Plan el nombre de cualquier persona o entidad contra quien el participante del plan pueda tener un Reclamo como resultado de una enfermedad o lesión (incluida cualquier compañía de seguros que brinde cobertura a cualquier parte del Reclamo), independientemente de que el participante del plan pretenda realizar un Reclamo. Por ejemplo, si un participante del plan se lesiona en un accidente automovilístico y la persona que chocó al participante del plan tuvo la culpa, la persona que ocasionó el choque es la persona cuyo acto u omisión derivó en la enfermedad o lesión del participante del plan.
- Un participante del plan también debe notificar a cualquier tercero y a cualquier otra persona o entidad que actúe en nombre del tercero y a la propia aseguradora del participante del plan los derechos de Subrogación, reembolso, cesión y el derecho de retención del Plan.
- Un participante del plan debe cooperar con el Plan para proporcionar información sobre la enfermedad o lesión del participante del plan, que incluye, a modo de ejemplo, proporcionar información sobre todo Tratamiento futuro previsto relacionado con la enfermedad o la lesión en cuestión.
- Un participante del plan autoriza al Plan a obtener, demandar, llegar a un acuerdo y resolver cualquier Reclamo descrito en este documento y acuerda otorgar una autorización médica para el seguimiento por parte del Plan de su Reclamo.
- El participante del plan acuerda obtener el consentimiento del Plan antes de resolver algún Reclamo o juicio, o antes de liberar a alguna parte de la obligación de pagar los gastos médicos que surjan de una lesión o enfermedad. El participante del plan también acuerda abstenerse de tomar cualquier acción para menoscabar los derechos de recuperación del Plan.
- El Plan podrá designar a una persona, agencia u organización para que actúe en su nombre en asuntos relacionados con los derechos del Plan que se describen en este documento, y el participante del plan acuerda cooperar con dicha persona, agencia u organización designada de la misma manera que si estuviera tratando con el Plan en sí.

Homicidio culposo/Reclamos del sobreviviente

En el caso de que el participante del plan fallezca a raíz de las lesiones sufridas y se presente un Reclamo por homicidio culposo o de sobreviviente, las obligaciones del participante del plan se convierten en las obligaciones de los beneficiarios, herederos o del acervo hereditario del participante del plan víctima del homicidio culposo.

Muerte del participante del plan

En el caso de que fallezca un participante del plan, todas las obligaciones que se describen en este documento se convertirán en las obligaciones de sus herederos, sus sobrevivientes o de su acervo hereditario.

Pago

El participante del plan acuerda incluir el nombre del Plan como cobeneficiario de todos y cada uno de los documentos negociables o pagos de liquidaciones de cualquier fuente.

El hecho de que el Plan no manifieste ni haga valer sus derechos hasta después de que un participante del plan, actuando sin la aprobación previa por escrito del representante autorizado del Plan, haya realizado alguna liquidación u otro acto de disposición, o bien haya recibido algún pago como satisfacción total o parcial de los

derechos de recuperación por la pérdida del participante del plan, no liberará al participante del plan de su obligación de reembolsarle al Plan el monto total de los derechos del Plan.

Divisibilidad

En el caso de que alguna sección de estas disposiciones se considere inválida o ilegal por algún motivo, dicha invalidez o ilegalidad no afectará las secciones restantes del Plan. El Plan se interpretará y se hará cumplir como si dichas secciones inválidas o ilegales no se hubieran incluido nunca en el Plan.

Coordinación de beneficios

La disposición de Coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica de más de un plan. Más adelante, se define el término Plan.

Las reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios rigen el orden en el que cada plan pagará un Reclamo de beneficios. El plan que paga primero se denomina plan principal. El plan principal deberá pagar beneficios de acuerdo con los términos de su póliza independientemente de la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan principal es el plan secundario. El plan secundario podrá reducir los beneficios que paga de modo que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 % del gasto total permitido.

Definiciones

- (a) Un “plan” es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para la atención o el Tratamiento médicos u dentales. Si se usan contratos independientes para proporcionar una cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos independientes se consideran partes del mismo plan y no hay COB entre estos contratos independientes.
 - (1) El término plan incluye lo siguiente: pólizas de seguro médico y por accidente grupal, general o con franquicia, con exclusión de la cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencias de cobertura de organizaciones para el mantenimiento de la salud individuales y grupales; pólizas de seguro médico y por accidente individual; planes de beneficios de proveedores preferidos y planes de beneficios de proveedores exclusivos individuales y grupales; contratos de seguro grupal, contratos de seguro individual y contratos del suscriptor para pagar o reembolsar el costo de la atención dental; componentes de atención médica de los contratos de atención a largo plazo individuales y grupales; cobertura de beneficios limitados que no se emite para complementar pólizas individuales o grupales vigentes; acuerdos sin seguro de cobertura grupal o de tipo grupal; cobertura de beneficios médicos en contratos de seguros de automóviles y beneficios de Medicare u otros beneficios del gobierno, según lo permita la ley.
 - (2) El término plan no incluye lo siguiente: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; el Fondo de Seguros Médicos de Texas; cobertura del seguro de indemnización por accidentes laborales, cobertura de indemnización por internación en Hospital u otra cobertura de indemnización fija; cobertura de enfermedades específicas; cobertura de beneficios complementarios; cobertura solo por accidentes; cobertura por accidentes específicos, coberturas de tipos de accidentes escolares que cubran a los estudiantes solo por accidentes, incluidas las lesiones deportivas, ya sea en el formato de “24 horas” o “hacia y desde la escuela”; beneficios proporcionados en los contratos de seguro de atención a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, atención personal, atención diurna para adultos, servicios domésticos, ayuda con las actividades de la vida diaria, cuidado de relevo y Cuidado asistencial o para los 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 de Medicaid; un plan gubernamental que, por ley, ofrezca beneficios adicionales a los de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro médico o por accidentes individual que está diseñada para integrarse completamente con otras pólizas a través de un Deducible variable.

Cada contrato para la cobertura (a)(1) o (a)(2) es un plan independiente. Si un plan tiene dos partes y se aplican las reglas de COB solo a una de las dos, cada una de las partes se considera un plan independiente.

- (b) “Este plan” significa, en una disposición de COB, la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica a la cual se aplica la disposición de COB y que puede verse reducida a causa de los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que proporcione beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a determinados beneficios, como beneficios dentales, para coordinar solo con beneficios similares, y puede aplicar otras disposiciones de COB independientes para coordinar otros beneficios.

Las reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios determinan si este plan es un plan principal o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica de más de un plan. Cuando este plan es principal, paga primero los beneficios que le corresponden antes de que los pague cualquier otro plan, sin tener en cuenta los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, paga los beneficios que le corresponden después de que los pague otro plan, y puede reducir los beneficios que pague de modo que todos los beneficios del plan equivalgan al 100 % del gasto total permitido.

- (c) El “Gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluidos Deducibles, Coseguro y Copagos, que se cubre, al menos en parte, por algún plan que cubre a la persona. Cuando un plan proporciona beneficios bajo la modalidad de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto no cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido. Tampoco es un gasto permitido el gasto que un proveedor de atención médica o Médico, por ley o en virtud de un acuerdo contractual, tenga prohibido cobrar a un Miembro.

A continuación, se incluyen ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

- (1) La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada en un Hospital y una habitación privada en un Hospital no es un gasto permitido, salvo que uno de los planes proporcione cobertura para gastos de habitación privada en un Hospital.
- (2) Si una persona tiene cobertura de dos o más planes que no tienen tarifas negociadas y computan sus pagos de beneficios en función de las tarifas usuales y habituales, los montos permitidos o una metodología de reembolso según la lista de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, todo monto que supere el monto del reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si una persona tiene cobertura de dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, todo monto que supere la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.
- (4) Si una persona tiene cobertura de un plan que no tiene tarifas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios en función de las tarifas usuales y habituales, los montos permitidos, una metodología de reembolso según la lista de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y tiene otro plan que proporciona sus beneficios o servicios en función de tarifas negociadas, el arreglo de pago del plan principal deberá ser el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el proveedor de atención médica o el Médico tiene un contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio a cambio a una tarifa negociada específica o un monto que es diferente del arreglo de pago del plan principal, y si el contrato del proveedor de atención médica o del Médico lo permite, la tarifa negociada o el pago deberá ser el gasto permitido usado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
- (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan principal debido al incumplimiento del Miembro con las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Entre los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan se incluyen segundas opiniones quirúrgicas, autorización previa de admisiones y arreglos de Médicos y proveedores de atención médica preferidos.

- (d) El “monto permitido” es el monto de un cargo facturado que una aseguradora determina cubierto por los servicios proporcionados por un proveedor de atención médica o Médico no preferido. El Monto permitido incluye ambos, el pago de la aseguradora y el monto de cualquier Deducible, Copago o Coseguro aplicable a cargo del asegurado.
- (e) Un “plan de panel cerrado” es un plan que proporciona beneficios de atención médica a Miembros principalmente bajo la modalidad de servicios a través de un panel de proveedores de atención médica y Médicos que tienen un contrato con el plan o que son empleados del plan, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores de atención médica y Médicos, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.
- (f) “Padre con custodia” es el padre con el derecho de designar la residencia principal de un menor por una orden judicial en virtud del Código Familiar de Texas o de otra ley aplicable o, ante la falta de una orden judicial, es el padre con quien el menor reside más de la mitad del Año, con exclusión de cualquier visita temporal.

Reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios

Cuando una persona tiene cobertura de dos o más planes, las reglas que determinan el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

- (a) El plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.
- (b) Salvo según se indica en (c), un plan que no tiene una disposición de COB que esté en consonancia con esta política es siempre principal, salvo que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple es el principal.
- (c) La cobertura que se obtenga por integrar un grupo diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establezca que esta cobertura complementaria debe ser adicional a cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del contrato. Entre los ejemplos de estos tipos de situaciones se incluyen las coberturas médicas principales que se superponen con los beneficios de Hospital y quirúrgicos de un plan base y las coberturas de tipo seguro que se emiten en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular el pago de sus beneficios solo cuando sea secundario a ese otro plan.
- (e) Si el plan principal es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario deberá pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan principal cuando un Miembro use un proveedor de atención médica o un Médico no contratado, salvo en el caso de servicios de emergencia o remisiones autorizadas que son pagados o proporcionados por el plan principal.
- (f) Cuando varios contratos que proporcionen cobertura coordinada se traten como un único plan en virtud de este subcapítulo, esta sección se aplica solo al plan, y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios en virtud del plan, la aseguradora designada como principal dentro del plan deberá ser responsable del cumplimiento del plan con este subcapítulo.
- (g) Si una persona tiene cobertura de más de un plan secundario, las reglas que establecen el orden de la determinación de beneficios de este subcapítulo indican el orden en el que se determinan los beneficios de los planes secundarios entre sí. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del (de los)

plan(es) principal(es) y los beneficios de cualquier otro plan que, de acuerdo con las reglas de este contrato, deba pagar beneficios antes de que lo haga el plan secundario en cuestión.

(h) Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes reglas que se aplican.

- (1) No dependiente o dependiente. El plan que cubre a la persona en calidad distinta de la de dependiente, por ejemplo, como empleado, Miembro, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado, es el plan principal, y el plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, por disposición de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona en calidad de dependiente, y primario al plan que cubre a la persona en calidad distinta de la de dependiente, en tal caso, se invierte el orden de beneficios entre los dos planes, de modo tal que el plan que cubre a la persona como empleado, Miembro, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan principal. Un ejemplo es el caso de un empleado jubilado.
- (2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan. Salvo que exista una orden judicial que establezca lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de beneficios usando las siguientes reglas que se aplican.
 - (A) En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén casados o vivan juntos, independientemente de que alguna vez hayan estado casados:
 - i. El plan del padre cuyo cumpleaños tuviera lugar primero en el año es el plan principal.
 - ii. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan que haya ofrecido cobertura a los padres durante más tiempo es el plan principal.
 - (B) En el caso de un hijo dependiente cuyos padres estén divorciados, separados o que no vivan juntos, independientemente de que alguna vez hayan estado casados:
 - i. Si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento de dichos términos, ese plan es el plan principal. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan toma conocimiento de la orden judicial.
 - ii. Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
 - iii. Si una orden judicial establece que ambos padres tienen la custodia conjunta sin especificar si un padre es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
 - iv. Ante la ausencia de una orden judicial que determine la responsabilidad por los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de beneficios del hijo es el siguiente:
 - (I) El plan que cubre al padre que tiene la custodia.
 - (II) El plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la custodia.
 - (III) El plan que cubre al padre que no tiene la custodia.
 - (IV) El plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia.

- (C) En el caso de un hijo dependiente que tenga cobertura de más de un plan de personas que no sean sus padres, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deben determinar el orden de beneficios como si dichas personas fueran los padres del menor.
 - (D) En el caso de un hijo dependiente que tenga cobertura de los planes de alguno de sus padres o de ambos y que tenga su propia cobertura como dependiente de un plan de su cónyuge, se aplica (h)(5).
 - (E) En el caso de que la cobertura del hijo dependiente en virtud del plan del cónyuge empiece el mismo día que la cobertura del hijo dependiente en virtud de los planes de alguno de sus padres o de ambos, el orden de beneficios deberá determinarse aplicando la regla de cumpleaños de (h)(2)(A) a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.
- (3) Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no ha sido despedido ni está jubilado, es el plan principal. El plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Idénticas consideraciones deben hacerse si una persona fuera dependiente de un empleado activo y si esa misma persona fuera dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido, o como dependiente de un empleado jubilado o despedido, no tiene esta regla y, debido a ello, los planes no se ponen de acuerdo en el orden de beneficios, no se aplica esta regla. Esta norma no se aplica si (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
 - (4) Continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA o del estado. Si una persona con una cobertura proporcionada en virtud de la Ley COBRA o conforme a un derecho de continuación otorgado por la ley estatal u otra ley federal tuviera cobertura de otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, Miembro, Suscriptor o jubilado, o bien que cubre a la persona como dependiente de un empleado, Miembro, Suscriptor o jubilado es el plan principal, y la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, estatal u otra ley federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta regla y, debido a ello, los planes no se ponen de acuerdo en el orden de beneficios, no se aplica esta regla. Esta norma no se aplica si (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
 - (5) Duración más prolongada o más breve de la cobertura. El plan que cubrió a la persona como empleado, Miembro, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado durante el período más prolongado es el plan principal, y el plan que cubrió a la persona durante el período más breve es el plan secundario.
 - (6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de beneficios, los gastos permitidos deberán compartirse por partes iguales entre los planes que cumplan con la definición de plan. Asimismo, este plan no pagará más de lo que hubiera pagado de haber sido el plan principal.

Efecto sobre los beneficios de este plan

- (a) Cuando este plan sea secundario, podrá reducir sus beneficios de modo tal que los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no superen el total de los gastos permitidos. Al determinar el monto que deberá pagarse por algún Reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que hubiera pagado de no existir la otra cobertura de atención médica y aplicará ese monto calculado a cualquier gasto permitido de su plan que no pague el plan principal. Posteriormente, el plan secundario podrá reducir su pago por el monto de modo que, al combinarlo con el monto pagado por el plan principal, el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes para el Reclamo equivalga al 100 % del gasto permitido total para ese Reclamo. Además, el plan secundario deberá acreditar a su Deducible del plan cualquier monto que hubiera acreditado a su Deducible de no existir otra cobertura de atención médica.
- (b) Si un Miembro está inscrito en dos o más planes de panel cerrado y si, por algún motivo, incluida la disposición del servicio por parte de un proveedor que no pertenezca al panel, los beneficios no son

pagaderos por un plan de panel cerrado, no se debe aplicar la COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

Cumplimiento con las leyes federales y estatales en materia de información confidencial

Se necesitan determinados datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar las reglas de COB y para determinar los beneficios pagaderos por este plan y otros planes. La organización responsable de la administración de COB cumplirá con la ley federal y estatal en materia de información confidencial a los fines de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagadores por este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama beneficios. Cada persona que reclama beneficios en virtud de este plan debe proporcionarle a la organización responsable de la administración de COB los datos que necesite para aplicar dichas reglas y determinar beneficios.

Facilidad de pago

Es posible que un pago realizado en virtud de otro plan incluya un monto que debió ser pagado por este plan. De ser así, la organización responsable de la administración de COB podrá pagar ese monto a la organización que realizó el pago en cuestión. En ese caso, dicho monto se tratará como si fuera un beneficio pagado por este plan. La organización responsable de la administración de COB no tendrá que volver a pagar ese monto. El término “pago realizado” incluye proporcionar beneficios bajo la modalidad de servicios, en cuyo caso, “pago realizado” significa el valor en efectivo razonable de los beneficios proporcionados bajo la modalidad de servicios.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos realizados por la organización responsable de la administración de COB es superior a lo que hubiera pagado en virtud de esta disposición de COB, podrá recuperar el pago en exceso de una o más de las personas a las que haya pagado o para quien haya pagado, o bien de cualquier persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados para el Miembro. El término “monto de los pagos realizados” incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado bajo la modalidad de servicios.

Disposiciones generales

Cesión

Los derechos y beneficios del Miembro en virtud de este Plan son personales del Miembro y no los podrá ceder, de manera total o parcial, salvo que se especifique lo contrario en este documento. Reconoceremos las cesiones de beneficios en la medida en que este Plan esté sujeto al Art. 1204.053 del Código de Seguros de Texas. Si este Plan no está sujeto al Art. 1204.053, no reconoceremos la cesión ni el intento de cesión de beneficios. Ninguna disposición de este Acuerdo se interpretará de modo tal que responsabilice al Emisor frente a un tercero respecto de quien el Miembro pueda ser responsable del costo de la atención, del Tratamiento o de los servicios médicos.

Confidencialidad

De conformidad con la ley aplicable, el Emisor mantendrá la confidencialidad de todos los registros y la información sobre Su diagnóstico, Tratamiento o salud, o los de Sus Dependientes cubiertos, o sobre una solicitud que se haya obtenido de Usted o de Sus Dependientes cubiertos, o que se haya recibido de algún proveedor, y no se revelarán a ninguna persona, salvo los siguientes casos:

- En la medida en que sea necesario para llevar a cabo el propósito del Acuerdo y administrar esta Evidencia de cobertura.
- Con su autorización expresa o la de Su Dependiente cubierto.
- Cuando una ley, reglamentación u orden judicial lo exija o autorice.
- En el caso de reclamo o litigio entre Usted o Sus Dependientes cubiertos y el Emisor.

En la sección Nuestro aviso de prácticas de privacidad de Nuestro sitio web swhp.org, podrá encontrar más información sobre cómo podemos usar o revelar información médica del Miembro.

Conformidad con la ley estatal

Si un organismo regulatorio o judicial determina que alguna disposición de este Acuerdo no está en consonancia con las leyes del estado de Texas, el Acuerdo no se considerará inválido, sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera íntegramente con las leyes del estado de Texas.

Limitaciones en las acciones

No podrá iniciarse ninguna acción en un tribunal de justicia ni bajo el sistema de equidad (*equity*) para recuperar el pago de un Reclamo en virtud de esta Evidencia de cobertura antes de que transcurran sesenta (60) días desde la fecha en que recibimos la constancia por escrito del pago y el Reclamo del pago, según se describió anteriormente. En ningún caso podrá iniciarse dicha acción después de un (1) año de dicha fecha.

Modificación de los términos del Acuerdo

Durante la vigencia del Acuerdo y sin Su consentimiento o venia, el Acuerdo podrá enmendarse, modificarse o finalizarse de acuerdo con las disposiciones de este documento o mediante el acuerdo mutuo del Emisor y del Suscriptor, o según lo exija la ley. Al elegir la cobertura según el Acuerdo o al aceptar sus beneficios, Usted acepta todos los términos, condiciones y disposiciones de este documento.

Ausencia de dispensa

La omisión del Emisor de hacer cumplir alguna disposición del Acuerdo no se considerará ni interpretará como una dispensa de la exigibilidad pasada o futura de dicha disposición. De manera similar, la omisión del Emisor de solicitar

un resarcimiento a causa del incumplimiento con un término del Acuerdo no se considerará ni interpretará como una dispensa de dicho incumplimiento.

Aviso

Todo aviso que deba cursarse en virtud del Acuerdo se realizará mediante el correo postal de los Estados Unidos, con franqueo prepagado, a la siguiente dirección:

Al Emisor:
Scott and White Health Plan
1206 W. Campus Drive
Temple, TX 76502
A Usted:
La dirección más actual que nos haya proporcionado.

Aviso de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC)

Sin perjuicio de cualquier otra disposición del Acuerdo o de algún requisito de la ley de Texas, el Emisor no será responsable de pagar ningún Reclamo, proporcionar ningún beneficio ni tomar ninguna otra medida en tanto dicho pago, prestación de beneficio o acción violara alguna restricción económica o comercial de los Estados Unidos de América, que incluye, a modo de ejemplo, las políticas y reglamentaciones que administre y haga cumplir la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) del Tesoro de los Estados Unidos.

Registros

El Emisor tiene derecho a llevar los registros necesarios para administrar el Acuerdo. Usted o Sus Dependientes cubiertos deberán proporcionar la información que solicitemos dentro de un período razonable. Sus registros o los de Sus Dependientes cubiertos que tengan alguna injerencia en el Acuerdo deberán ponerse a Nuestra disposición para su Inspección en cualquier momento razonable.

En tanto una determinación adecuada dependa de la información solicitada, el Emisor no tendrá que cumplir con una obligación en virtud del Acuerdo hasta que hayamos recibido la información solicitada de una manera aceptable. La información incorrecta suministrada al Emisor podrá corregirse sin que el Emisor haga valer los resarcimientos que tenga a su disposición en virtud del Acuerdo o de la ley, siempre y cuando el Emisor no se haya basado en dicha información para su detrimento.

Con sujeción a todos los requisitos de confidencialidad aplicables, tenemos derecho a recibir Su información o la de Sus Dependientes cubiertos de cualquier Médico o proveedor de atención médica en relación con la administración del Acuerdo. Al aceptar beneficios en virtud del Acuerdo, Usted autoriza a cada Médico o proveedor que les brinde atención médica a Usted y a Sus Dependientes cubiertos a revelar, según lo permita la ley, toda la información y los registros sobre Su atención, Tratamiento y afección física o los de Sus Dependientes cubiertos a Nosotros, a cualquier otro Médico o proveedor que sea un Proveedor participante o al Médico de remisión que les brinde servicios a Usted o a Sus Dependientes cubiertos, y a confeccionar informes y, además, permite que Nosotros o dichos otros Médicos y proveedores copiemos dichos registros e informes.

Recuperación

Si se iniciara alguna acción en un tribunal de justicia o bajo el sistema de equidad para hacer cumplir o interpretar las disposiciones del Acuerdo, la parte que resulte vencedora tendrá derecho a recuperar sus costos y gastos asociados con dicha acción (que incluye, a modo de ejemplo, los honorarios razonables de los abogados), además de cualquier otro resarcimiento que le pueda corresponder a la parte.

El Emisor también tiene derecho a recuperar de un Miembro cualquier pago en exceso u otro pago indebido que haya realizado el Emisor, que incluye, a modo de ejemplo, el pago de beneficios no cubiertos (en conjunto, “pagos en exceso”). El incumplimiento del Miembro de remitir algún pago en exceso al Emisor podrá dar lugar al inicio de acciones legales por parte del Emisor.

Denuncia de fraudes en la atención médica

Nuestra misión es hacer que la atención médica sea inteligente y simple. Nuestro propósito es empoderar a los Miembros con información para ayudarlos a guiar sus decisiones en materia de atención médica, lo que incluye la protección de ellos mismos y del Emisor contra los fraudes en la atención médica.

Los fraudes en la atención médica se producen cuando alguien proporciona deliberadamente información falsa o tergiversada para obtener beneficios médicos o dinero.

Los fraudes en la atención médica colocan una carga en ambos, el Emisor y los Miembros. Es posible que los proveedores que participan en casos de fraude estén dispuestos a priorizar su propio beneficio económico por sobre la calidad del Tratamiento y el diagnóstico. Además, los fraudes en la atención médica elevan el costo del seguro médico para todos.

Los fraudes en la atención médica pueden ser perpetrados por diversas personas, entre ellas, proveedores, hospitales, laboratorios, proveedores de equipos médicos e, incluso, Miembros.

Entre los ejemplos de los fraudes perpetrados por el proveedor se incluyen los siguientes:

- Facturar servicios que no se prestaron.
- Usar un diagnóstico falsificado para facturar pruebas o procedimientos que no son Médicamente necesarios.
- “Sobrecondicionar” o facturar servicios más costosos que los que se prestaron.
- Aceptar dinero de otro proveedor a cambio de remisiones de Miembros o un “soborno”.
- Eximir el Costo compartido del Miembro para facturarle más a la aseguradora.

Entre los ejemplos de los fraudes perpetrados por el Miembro se incluyen los siguientes:

- Usar la cobertura del plan o la Tarjeta de ID de otra persona.
- Afirmar falsamente el robo de equipos médicos.
- Revender artículos médicos.

Preservamos la seguridad de los datos médicos personales de los Miembros, y es importante que los Miembros también tomen medidas para proteger su información.

Cuando un Miembro acude al médico, el Miembro debería hacer preguntas sobre la atención recibida. Una vez que un Miembro recibe una factura médica de un proveedor, se debería comparar la factura con la explicación de beneficios del Plan del Miembro. Si un Miembro tiene preguntas sobre lo que se cobró, debería llamarnos al 844-633-5325. Si un Miembro tiene preguntas sobre el procedimiento de Reclamo o el procedimiento de revisión, debería llamarnos al 844-633-5325 o visitar Nuestro sitio web en swhp.org.

Tenemos una Unidad de investigación especial (SIU) para investigar las acusaciones de fraude. Si un Miembro sospecha la existencia de un fraude, debe denunciarlo a Nuestra Unidad de investigación especial:

- Correo electrónico: SWHPComplianceDepartment@bswhealth.org
- Línea directa gratuita para casos de fraude: 866-399-8161
- Denuncias por correo postal:
Attn: Compliance Department
Scott and White Health Plan
1206 W. Campus Drive
Temple, TX 76502

Al dejar un mensaje a la SIU del Emisor, tenga a bien brindar la mayor cantidad de información posible (nombre de las personas involucradas, lugares y cualquier otro dato), de modo que podamos investigar y tomar las medidas correspondientes. No rastreamos llamadas y no intentaremos identificar a la persona que realiza la llamada. Se pueden presentar las denuncias sin temor a ser víctima de actos de represalia o intimidación.

Divisibilidad

En el caso de inexigibilidad o invalidez de alguna sección o disposición del Acuerdo, dicha invalidez o inexigibilidad no afectará, por lo demás, ninguna otra sección del Acuerdo, y el Acuerdo será válido y permanecerá vigente.

Jurisdicción

El Acuerdo se regirá por las leyes del estado de Texas y las leyes federales, cuando corresponda. Toda acción en un tribunal de justicia o bajo el sistema de equidad, incluidas las demandas para hacer cumplir los términos, las condiciones, los derechos o los privilegios del Acuerdo, deberá iniciarse en un tribunal ubicado dentro del Área de servicio de Scott and White Health Plan.

Avisos requeridos

Aviso de derechos: Art. 11.1612(c) del Título 28 del Código Administrativo de Texas (TAC)

Una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) no proporciona beneficios por servicios que Usted recibe de médicos o proveedores fuera de la red, con sujeción a las excepciones específicas que se describen en Su Evidencia de cobertura y a continuación.

Tiene derecho a una red adecuada de médicos o proveedores participantes (lo que se conoce como “Médicos y proveedores de la red”).

Si considera que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas.

Si Su HMO aprueba una remisión para servicios fuera de la red porque no hay ningún médico o proveedor participante disponible, o si recibió atención de emergencia fuera de la red, Su HMO deberá, en la mayoría de los casos, resolver la factura del proveedor no participante, de modo que Usted solo tenga que pagar los montos correspondientes del Copago y del Deducible de la red.

Para obtener un directorio vigente de proveedores participante y obtener asistencia para encontrar proveedores participantes disponibles, visite Nuestro sitio web swhp.org o llámenos al 844-633-5325. Si se basó en información del directorio sustancialmente incorrecta, es posible que tenga derecho a que se le pague un reclamo de un proveedor no participante, como si fuera de un proveedor participante, si presenta una copia de la información del directorio incorrecta a la HMO, fechada no más de 30 días antes de la fecha en que recibió el servicio.

Número gratuito especial para Quejas

Para presentar una Queja sobre un Hospital psiquiátrico privado, un Centro para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas privado o sobre servicios psiquiátricos o para la dependencia a sustancias químicas en un hospital general, llame al siguiente número:

844-633-5325

Se remitirá Su Queja a la agencia estatal que regula el Hospital o el Centro para el tratamiento de la dependencia a sustancias químicas.

Avisos de beneficios obligatorios

Este aviso es para informarle sobre determinada cobertura o beneficios que proporcionamos en virtud del Plan. Este aviso se le proporciona por exigencia de la ley. Si tiene preguntas sobre este aviso, llámenos al 844-633-5325. Si tiene alguna pregunta sobre el procedimiento de Reclamo o el procedimiento de revisión, llámenos al 844-633-5325 o escríbanos a 1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502.

Cobertura o beneficios para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía: Art. 21.2106(b)(2)(3) del Título 28 del TAC

Entre los beneficios o la cobertura que se proporcionan a cada miembro para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía se incluyen los siguientes:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- La cirugía y la reconstrucción de la otra mamá para lograr un aspecto simétrico.
- Las prótesis y el tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

La cobertura o los beneficios deben proporcionarse de una manera que se determine adecuada tras consultar al miembro y al médico tratante.

Los montos de los deducibles y copagos serán los mismos que se aplican a otros gastos médicos-quirúrgicos o de hospital para pacientes internados que se cubran de manera similar, según se indica en el Programa de beneficios.

Prohibiciones: no podremos (a) ofrecerle al miembro un incentivo económico para que no se realice la reconstrucción de la mama o renuncie a la cobertura o los beneficios que se indicaron más arriba; (b) condicionar, limitar ni denegar la elegibilidad o la continuación de la elegibilidad de ningún miembro para inscribirse en el plan o no renovar este plan con el solo fin de evitar proporcionar la cobertura o los beneficios que se indicaron más arriba, ni (c) reducir o limitar el monto pagado al médico o proveedor ni, de otra manera, sancionar o proporcionarle un incentivo económico al médico o proveedor para inducirlo a proporcionar atención a un miembro de una manera incongruente con la cobertura o los beneficios que se indicaron más arriba.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos: Art. 21.2106(b)(1) del Título 28 del TAC

Estadía mínima para pacientes internados: si, debido al tratamiento del cáncer de mama, algún miembro cubierto por este plan se somete a una mastectomía o a una disección de los ganglios linfáticos, este plan proporcionará cobertura para la internación durante un mínimo:

- De 48 horas después de una mastectomía.
- De 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.

No se requiere la cantidad mínima de horas de internación si el miembro que recibe el tratamiento y el médico tratante determinan que es adecuado un período de internación más breve.

Prohibiciones: no podremos (a) denegar la elegibilidad o la continuación de la elegibilidad de ningún miembro o no renovar este plan con el solo fin de evitar proporcionar las horas mínimas de internación; (b) proporcionar pagos en dinero o rebajas para incentivar a algún miembro a aceptar menos tiempo que la cantidad mínima de horas de internación; (c) reducir o limitar el monto pagado al médico tratante ni, de otra manera, sancionar al médico por haber indicado que un miembro reciba la cantidad mínima de horas de internación, ni (d) proporcionar incentivos económicos o de otro tipo al médico tratante para alentarlos a proporcionar una atención por menos tiempo que la cantidad mínima de horas.

Cobertura de pruebas para la detección del cáncer colorrectal: Art. 21.2106(b)(6) del Título 28 del TAC

Se proporcionan beneficios a cada miembro del plan que tenga 50 años o más y un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon para los gastos incurridos en la realización de un examen de detección del cáncer colorrectal médicamente reconocido. Los beneficios incluyen la elección del miembro de lo siguiente:

- Una prueba de sangre oculta en heces todos los años y una sigmoidoscopia flexible cada cinco años.
- Una colonoscopia cada 10 años.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano y del cáncer de cuello uterino: Art. 21.2106(b)(7) del Título 28 del TAC

Se proporciona cobertura a cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años o más para los gastos incurridos por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer de ovario y de cuello uterino. La cobertura requerida en virtud de esta sección incluye un análisis de sangre para la detección de CA 125 y, como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una prueba de detección con métodos de citología en base líquida, según lo aprobado por la FDA, solo o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

Si algún miembro tiene preguntas sobre lo anterior, puede llamarnos al 844-633-5325 o escribirnos a 1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502.

Exámenes para la detección del cáncer de próstata: Art. 21.2106(b)(4) del Título 28 del TAC

Se proporcionan beneficios a cada miembro de sexo masculino para un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluyen lo siguiente:

- Un examen físico para la detección del cáncer de próstata.
- Una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que cumpla con los siguientes requisitos:
 - Tenga, al menos, 50 años.
 - Tenga, al menos, 40 años con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo para el cáncer de próstata.

Internación después del nacimiento de un niño: Art. 21.2106(b)(5) del Título 28 del TAC

Para cada miembro cubierto con beneficios de maternidad/parto, cubriremos la internación de la madre y de su recién nacido en un centro de atención médica durante los siguientes plazos mínimos:

- Cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones.
- Noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.

Este beneficio no requiere que un miembro de sexo femenino que sea elegible para los beneficios de maternidad/parto (a) dé a luz en un hospital o en otro centro de atención médica o (b) permanezca en un hospital o en otro centro de atención médica durante la cantidad mínima de horas después del nacimiento del niño.

Si una madre cubierta o su recién nacido reciben el alta antes de transcurridas las 48 o 96 horas, proporcionaremos cobertura para la atención después del parto. La atención después del parto incluye educación de padres, asistencia y capacitación en lactancia y alimentación con biberón, y la realización de las pruebas clínicas necesarias y adecuadas. Un médico, un enfermero matriculado u otro proveedor de atención médica con una licencia adecuada proporcionarán la atención, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su hogar, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: no podremos (a) modificar los términos de esta cobertura en función de la solicitud de un miembro de recibir menos que la cobertura requerida; (b) ofrecerle a la madre incentivos económicos u otra compensación para que renuncie a la cantidad mínima de horas requeridas; (c) rehusarnos a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de internación efectuada tras consultar con la madre si el período recomendado por el médico no excede las pautas de la atención prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras, ginecólogos o pediatras reconocidas a nivel nacional; (d) reducir los pagos o los reembolsos por debajo de la tarifa usual y habitual ni (e) sancionar a un médico por recomendar la internación de la madre o del recién nacido.



Programa individual de beneficios
Organización para el mantenimiento de la salud
BSW Preferred
BSW Prime Silver HMO 005 - CSR 94% AV
40788TX0460005-06
SHIW1M40

Este plan de atención médica de la organización para el mantenimiento de la salud para la elección de beneficios para el consumidor, en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en Evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios de salud estándar puede proporcionarle un plan de salud más asequible, aunque, al mismo tiempo, puede brindarle menos beneficios de planes de salud que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas. Consulte con su agente de seguros para descubrir qué beneficios de salud exigidos por el estado se excluyen en la Evidencia de cobertura. El siguiente es un resumen de los montos de copago que los miembros deben pagar al recibir los beneficios cubiertos que se enumeran a continuación. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una explicación detallada de los beneficios cubiertos y no cubiertos. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los beneficios médicos y de farmacia del Emisor, visite swhp.org o comuníquese con el Servicio al Cliente, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora central), al 844-633-5325, línea TTY 711.

El Emisor no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones de inscripción y beneficios.

Año del plan	Año calendario
Deducible médico	\$0 por miembro \$0 por familia
Deducible de farmacias	\$0
Máximo de bolsillo <i>Incluye deducible médico, deducible de farmacias y copagos.</i>	\$700 por miembro \$1,400 por familia
Máximo anual	Ilimitado

Beneficios médicos	Proveedor participante Copago del miembro
Visita al consultorio del médico de atención primaria (PCP) para pacientes adultos <i>El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un profesional clínico autorizado bajo la supervisión del médico.</i>	Copago de \$5 por visita
Visita al consultorio del PCP para pacientes pediátrico <i>Para un dependiente cubierto hasta la edad de 18 años. El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un profesional clínico autorizado bajo la supervisión del médico.</i>	Sin cargo
Visita al consultorio de un médico especialista <i>El cargo por visita al consultorio se aplica cuando lo ve un médico o un profesional clínico autorizado bajo la supervisión del médico.</i>	Copago de \$10 por visita

Beneficios médicos	<i>Proveedor participante Copago del miembro</i>
Lentes recetados para pacientes pediátricos* Para un dependiente cubierto hasta la edad de 18 años.	Copago de \$10 por par
Atención preventiva Examen físico anual de rutina, vacunas, control neonatal, control pediátrico, mamografía para la detección de cáncer, medición de la masa ósea para la detección de osteoporosis, examen de detección del cáncer de próstata, examen de detección del cáncer colorrectal, examen de detección del cáncer de ovario y cuello uterino, visitas prenatales, ligadura de trompas, prueba de detección de enfermedades cardiovasculares*, cualquier artículo o servicio basado en la evidencia que tenga en vigor una calificación de "A" o "B" en las recomendaciones vigentes del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos.	Sin cargo
Pruebas de alergia, suero e inyecciones	10%
Prueba diagnóstica Análisis de laboratorio de rutina, electrocardiograma (ECG) y radiografías.	Copago de \$50 por visita para radiografías, copago de \$50 por visita para análisis de laboratorio
Estudios por imágenes y radiología (incluidos los cargos del centro y los médicos) Angiografía, tomografías computarizadas (TC), resonancias magnéticas (RM), mielografía, tomografías por emisión de positrones (TEP), pruebas de esfuerzo.	Copago de \$75 por visita
Procedimiento quirúrgico ambulatorio (incluidos los cargos del centro) Inyectables médicos, suministros médicos, unidad de observación, procedimientos quirúrgicos, alivio del dolor.	Copago de \$250 por visita
Servicios médicos para pacientes externos	Copago de \$100 por visita
Atención de emergencia El copago no se aplica si el episodio tiene como resultado la hospitalización por la misma afección dentro de las 24 horas.	Copago de \$500 por visita
Traslado en ambulancia Por vía terrestre, marítima o aérea	Copago de \$500 por servicio
Atención de urgencia	Copago de \$10 por visita
Atención hospitalaria (incluidos los cargos del centro y los médicos) Pruebas previas al ingreso, Medicamentos recetados, Medicamentos de farmacias especializadas, inyectables médicos, suministros médicos, sangre y hemoderivados, análisis de laboratorio y radiografías, alivio del dolor, trabajo de parto y parto, procedimientos quirúrgicos, quirófano y sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad coronaria, Centro de rehabilitación, atención de salud mental, Enfermedad mental grave, dependencia a sustancias químicas.	Copago de \$700 por día, no deberá exceder los \$700
Centro de enfermería especializada*	Copago de \$250 por día

Beneficios médicos	<i>Proveedor participante</i> <i>Copago del miembro</i>
Atención de salud mental para pacientes externos, Enfermedad mental grave y dependencia a sustancias químicas	Copago de \$5 por visita al consultorio, copago de \$250 por visita para otros servicios para pacientes externos
Atención de maternidad y planificación familiar Atención puerperal, planificación familiar (según sea médicamente necesario).	Copago de \$5 por visita
Infertilidad (diagnóstico únicamente)	Copago de \$10 por visita
Rehabilitación* Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, atención quiropráctica.	Copago de \$5 por visita
Habilitación* Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, atención quiropráctica.	Copago de \$5 por visita
Atención médica a domicilio*	10%
Cuidados paliativos	10%
Equipo médico duradero (DME) Ortesis, prótesis	10%
Control de la diabetes Capacitación en autocontrol de la diabetes, educación en diabetes, control del cuidado de la diabetes.	Copago de \$5 por visita
Equipo y suministros para la diabetes	Igual que el DME o la farmacia, según corresponda
Asesoramiento nutricional	Copago de \$5 por visita
Audífonos* e implantes cocleares	10%
Servicio de telesalud y visitas virtuales	Sin cargo
Otro Servicio de telesalud y Servicio médico de Telemedicina	El monto del deducible o del copago no puede exceder el monto del deducible o del copago requerido para un servicio médico comparable proporcionado a través de una consulta presencial.
Leche de fórmula elemental a base de aminoácidos	10%
Otros beneficios médicos Se incluyen, entre otros, los siguientes: lesión cerebral adquirida, Trastorno del espectro autista, Quimioterapia, anomalías cranofaciales, atención dental accidental limitada, trasplantes de órganos y tejido, Fenilcetonuria (FCU) o Enfermedad metabólica hereditaria, síndrome por disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM).	Según la ubicación del servicio, los beneficios serán los mismos que los indicados en cada categoría de beneficios cubiertos en este Programa de beneficios.
Todos los demás beneficios médicos cubiertos (no especificados aquí)	10%

Beneficios de farmacia	Proveedor participante Copago del miembro	
	30 días, estándar	90 días, mantenimiento**
Medicamentos preventivos de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA)	Sin cargo	Sin cargo
Nivel 1 Medicamentos genéricos	Copago de \$10 por receta	Copago de \$30 por receta
Nivel 2 Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$55 por receta	Copago de \$165 por receta
Nivel 3 Medicamentos no preferidos	Copago de \$150 por receta	Copago de \$450 por receta
Nivel 4 Medicamentos especializados y medicamentos contra el cáncer para uso oral	Copago de \$500 por receta	Sin cobertura
Tiras reactivas de diabetes preferidas para la medición de glucosa en sangre	Copago de \$55 por receta	Copago de \$165 por receta
Tiras reactivas de diabetes no preferidas para la medición de glucosa en sangre	Sin formulario	Sin formulario
** Los medicamentos de mantenimiento están permitidos para un suministro de hasta 90 días si se obtienen a través de una farmacia de Baylor Scott & White o de una farmacia participante. Pedido por correo: disponible para un suministro de 1 a 90 días. Los medicamentos que no son de mantenimiento y que se obtienen a través de pedidos por correo están limitados a un suministro máximo de 30 días. Algunos medicamentos especializados pueden requerir autorización previa. Suministro de 30 días únicamente.		

Limitaciones de los beneficios cubiertos*
Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Se limita a una vez cada 5 años. Rehabilitación Se limita a 35 visitas combinadas por año del plan. Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo, Trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Habilitación Se limita a 35 visitas combinadas por año del plan. Es posible que no se apliquen límites para las terapias para niños con retrasos en el desarrollo, Trastorno del espectro autista y servicios de salud mental. Audífonos Se limitan a un dispositivo por oído cada 3 años. Atención médica a domicilio Se limita a 60 visitas por año del plan. Centro de enfermería especializada Se limita a 25 días por año del plan. Lentes recetados para pacientes pediátricos Se limitan a un par de anteojos o lentes de contacto por año del plan. Consulte el documento del plan para obtener más detalles.



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

English:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Chinese:

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 1-844-633-5325 (TTY: 711)。

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-633-5325 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

هاتف الصم والبكم: 711. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-844-633-5325 (رقم 711).

Urdu:

کریں۔ 711 (TTY: 711) 1-844-633-5325 خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-633-5325 (TTY: 711).

French:

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-844-633-5325 (ATS : 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-844-633-5325 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Persian:

فراهم می باشد. با 1-844-633-5325 (TTY: 711) تماس بگیرید. توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما

German:

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Gujarati:

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-844-633-5325 (TTY: 711).

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-844-633-5325 (телетайп: 711).

Japanese:

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。1-844-633-5325 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotian:

ໂປດຊາບ: ຖ້າ ທ່ານ ນຳ ພາ ສາ ລາວ, ການ ບໍ ລິ ການ ຊ່ ວຍ ເຫຼືອ ດ້ ານ ພາ ສາ, ໂດຍ ບໍ ລິ ສິ ດ ນີ ສາ, ແມ່ນ ມີ ບໍ ລິ ສິ ດ ນີ ສາ ທີ່ ບໍ ຈ່ ຳ ກັບ ທ່ານ. ໂທ 1-844-633-5325 (TTY: 711).