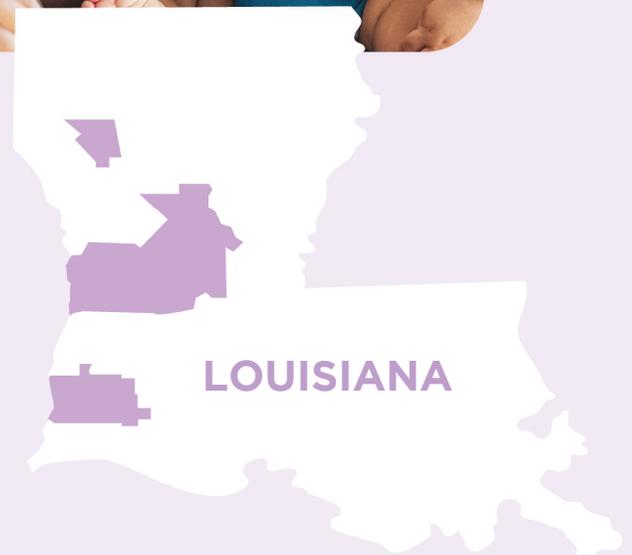


Evidencia de cobertura 2024



CHRISTUS HEALTH PLAN LOUISIANA DENTRO DEL INTERCAMBIO CUBRE A LOS MIEMBROS EN LAS SIGUIENTES PARROQUIAS:

- Bossier
- Caddo
- Calcasieu
- Grant
- Rapides
- Red River
- Vernon



AVISO: Su prima puede aumentar con la renovación de este Contrato. Comuníquese con nosotros para obtener más información.



CHRISTUS Health Plan CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Intercambio de Louisiana Cobertura de salud individual y familiar

AVISO: USTED DEBE ENCARGARSE PERSONALMENTE DE TODOS LOS COSTOS SI UTILIZA ATENCIÓN MÉDICA NO AUTORIZADA POR ESTE PLAN SI COMPRA MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN AUTORIZADOS POR ESTE PLAN.

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

CHRISTUS HEALTH PLAN
5101 North O'Connor Boulevard
Irving, Texas 75039
Número de teléfono gratuito: 1-844-282-3025
www.christushealthplan.org

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

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan

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

Cuando se inscribe a CHRISTUS Health Plan, Usted está participando en un plan de salud que forma parte de sistema de salud más amplio. Nuestro sistema de salud es religioso y sin fines de lucro. Al ser un sistema de salud, podemos coordinar su atención. Estamos aquí para ayudarle, ya sea que usted esté sano y solo necesite cuidado preventivo, o que necesite consultar a un médico o si tiene un problema de salud grave. Creemos que Usted, su familia y su comunidad son fundamentales para su bienestar. Lo involucraremos en las decisiones acerca de su atención médica y le daremos las herramientas y el apoyo que Usted necesita para controlar su salud y sus beneficios.

Este Contrato y Evidencia de cobertura (“Póliza”) los ofrece CHRISTUS Health Plan Louisiana, haciendo negocios como CHRISTUS Health Plan, una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) autorizada en Louisiana. Este Contrato describe sus derechos y beneficios bajo este contrato individual y familiar de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) y CHRISTUS Health Plan. Este Contrato incluye un *Programa de beneficios* y constituye un contrato legal entre Usted, el Miembro (designado como Miembro, Usted, Su o Sus) y CHRISTUS Health Plan (designado como el Plan de CHRISTUS Health, Nosotros, Nuestro y Nos). El *Resumen de beneficios y de cobertura* y el *Programa de beneficios* son documentos distintos incluidos en su paquete de bienvenida.

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

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

Este Contrato provee información importante acerca de:

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

Palabras clave usadas en este Contrato

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

esta sección cuidadosamente.

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES

Servicios para Miembros	Dirección: CHRISTUS Health Plan Attn: Member Service Department 5105 North O'Connor Boulevard Irving, Texas 75039	Llamada sin costo 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Autorización previa	Dirección: CHRISTUS Health Plan Attn: Preauthorization Department 5105 North O'Connor Boulevard Irving, Texas 75039	Llamada sin costo 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Reclamos	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Attn: Claims Department P.O. Box 169012 Irving, Texas 75016	Llamada sin costo 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Quejas, Apelaciones y Agravios	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Attn: Departamento de Quejas, Apelaciones y Agravios P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016	Llamada sin costo 1-844-282-0380 TTY 7-1-1
Fraude, Desperdicio y Abuso	Correo electrónico: CHRISTUSHealthSIU@CHRISTUSHealth.org	Llamada sin costo 1-855-771-8072 TTY 7-1-1
Sitio web: www.CHRISTUSHealthPlan.org		
Servicios de acceso a idiomas Número gratuito 1-800-752-6096		

IMPORTANT NOTICE	AVISO IMPORTANTE
<p>To obtain information or make a complaint:</p> <p>You may call CHRISTUS Health Plan’s toll-free telephone number for information or to make a complaint at:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>You may also write to CHRISTUS Health Plan at:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>	<p>Para obtener información o para presentar una queja:</p> <p>Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de CHRISTUS Health Plan para obtener información o para presentar una queja al:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>Usted también puede escribir a CHRISTUS Health Plan:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>
<p>You may contact the Louisiana Department of Insurance to obtain information on companies, rights or complaints at:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>You may write the Louisiana Department of Insurance at:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Web: www.lds.la.gov</p>	<p>Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana para obtener información sobre compañías, derechos, o quejas al:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Louisiana a</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Web: www.lds.la.gov</p>
<p>PREMIUM OR CLAIM DISPUTES: Should you have a dispute concerning your premium or about a claim, you should contact the company first. If the dispute is not resolved, you may contact the Louisiana Department of Insurance.</p>	<p>DISPUTAS POR PRIMAS DE SEGUROS O RECLAMOS: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con un reclamo, usted debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no es resuelta, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana.</p>

Tabla de contenido

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan.....	2
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES	4
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	7
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	11
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	18
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS	22
CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA.....	26
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA	32
BENEFICIOS CUBIERTOS	36
EXCLUSIONES	74
RECLAMOS	80
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS	84
FOLLETO DE EXPLICACIÓN AL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) ..	91
PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES.....	94
PAGO DE LA PRIMA	101
DISPOSICIONES GENERALES	103
DEFINICIONES.....	108

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

CHRISTUS Health Plan quiere proveerle beneficios de atención médica de alta calidad. Como Miembro de CHRISTUS Health Plan (el Plan), usted tiene derechos. También tiene algunas responsabilidades. Es importante que Usted comprenda completamente sus derechos y responsabilidades de conformidad con este Contrato. En esta sección se explican sus derechos y responsabilidades de conformidad con este Contrato y cómo puede participar en Nuestra Junta de asesoría al consumidor.

AVISO PARA LOS MIEMBROS DE LOS REQUISITOS DE LA RED

Un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) no provee beneficios por servicios que usted reciba de parte de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describen en su evidencia de cobertura y abajo.

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

Si usted cree que su red no es adecuada, puede presentar una queja en el Departamento de Seguros de Louisiana en www.ldi.la.gov.

Si su plan HMO aprueba a un referido para que reciba servicios fuera de la red debido a que no hay disponible un médico o proveedor de la red, o si usted recibió atención médica de emergencia fuera de la red, el plan HMO debe, en la mayoría de los casos, pagar la factura del médico o proveedor fuera de la red para que usted solo pague cualquier monto del Copago, Coseguro y Deducible aplicables a los servicios dentro de la red.

Usted puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores dentro de la red en el sitio web que se indica a continuación: www.christushealthplan.org o llamando al 1-844-282-3025 para obtener ayuda para encontrar a médicos y proveedores disponibles dentro de la red. Si usted confió en la información de un directorio materialmente incorrecto, usted puede tener derecho a presentar un reclamo para pagar un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de la red, si presenta la copia del directorio con la información incorrecta ante la HMO, en no más de 30 días después de haber recibido el servicio. Para conocer información adicional, consulte la sección sobre el Proceso de Apelaciones y Quejas de este documento.

Derechos del Miembro

Como miembro del Plan, Usted tiene derecho a:

- Acceder de manera oportuna y rápida la atención para Servicios cubiertos y Medicamentos necesarios, incluyendo las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los Servicios de atención de urgencia y emergencia y para otros Servicios de atención médica según lo define este Contrato y el *Programa de beneficios*.
- Ser tratado de manera oportuna, cortés y responsable para respetar su dignidad y privacidad.
- Obtener información detallada sobre su cobertura, los beneficios y los servicios que se ofrecen en virtud de este Contrato. Esto incluye cualquier Exclusión de las Condiciones

específicas; padecimientos o trastornos, que incluyen beneficios restringidos de recetas médicas; las políticas y los procedimientos del Plan respecto a productos, servicios, procedimientos de apelación de los proveedores y otra información acerca del Plan y los beneficios que le proveemos a usted. Esto también incluye el acceso a una lista actual de Proveedores participantes de la red del Plan, información acerca de la educación, experiencia y consultorio de un Proveedor participante en particular, los derechos y responsabilidades del Miembro, al igual que el derecho a hacer recomendaciones acerca de Nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los Miembros.

- Acceder a atención de salud asequible, incluyendo información sobre sus desembolsos directos, limitaciones, el derecho a recibir atención de un Proveedor no participante, y una explicación de su responsabilidad financiera cuando los servicios son proporcionados por un Proveedor no participante o sin Autorización previa.
- Escoger un Proveedor de atención primaria dentro de los límites de los Servicios cubiertos, la red del Plan y según lo estipula el Contrato, que incluye el derecho a rechazar la Atención médica de Profesionales específicos de la atención médica. Además, tiene derecho a participar junto a sus proveedores, en las decisiones relacionadas con su atención médica.
- Recibir explicaciones de su Proveedor participante acerca de su Afección médica, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables en términos que usted pueda comprender. Si usted no comprende la información, se le dará una explicación a sus familiares más cercanos, tutor legal u otra persona autorizada. Esta información se documentará en su expediente médico.
- Acceder a todos los derechos otorgados por una ley, regla o regulación como paciente en un Centro de atención médica certificado, que incluye el derecho a que su Proveedor participante lo informe acerca de su tratamiento en términos que usted pueda comprender; a solicitar su consentimiento (acuerdo) para el tratamiento; rechazar el tratamiento, incluidos los medicamentos; y a que se le informe sobre las consecuencias de tal rechazo. Estos derechos están disponibles incluso si el tratamiento no es un Beneficio cubierto o no es Medicamento necesario bajo el Plan. En caso de una emergencia en la que su vida o su salud se encuentre en grave peligro es posible que Usted, su familiar más cercano, su tutor legal u otra persona autorizada no tenga derecho a dar el consentimiento ni autorizar su tratamiento.
- Expresar sus Quejas o Apelaciones ante el Plan o ante el Comisionado de seguros (Comisionado) sobre el Plan o la cobertura que proveemos. Como Miembro usted también tiene derecho a recibir una respuesta dentro de un plazo razonable, conforme a la ley actual y sin temor a represalias.
- Ser notificado con prontitud de la cancelación o cambios en los beneficios, servicios o la Red de proveedores
- Que se manejen de manera confidencial todas las comunicaciones, incluida la información médica y financiera que conserva el Plan. Nosotros y Nuestros Proveedores mantendremos la privacidad de sus expedientes médicos y financieros de conformidad con la ley existente.
- Obtener una explicación completa de por qué se deniega un beneficio, la oportunidad de apelar una decisión de denegación, a nuestra revisión interna y el derecho a solicitar ayuda de parte del Comisionado.

- Conocer, bajo petición, cualquier acuerdo o disposición entre el Plan y nuestros Proveedores participantes, lo que puede restringir los referidos, las opciones de tratamiento o límite de los servicios ofrecidos.
- Obtener tratamiento y servicios que sean beneficios cubiertos de parte de Profesionales de atención médica calificados que se encuentren cerca de donde usted vive o trabaja dentro del Área de servicio del Plan.
- Recibir información acerca de cómo se autorizan o deniegan los beneficios. Tiene el derecho a saber cómo se evalúa la nueva tecnología para los Beneficios cubiertos. También puede solicitar y recibir información acerca de la metodología de Revisión de utilización y aseguramiento de la calidad del Plan.
- Recibir información detallada acerca de todos los requisitos que debe seguir para la autorización previa y la revisión de utilización.

Responsabilidades del miembro

Como miembro del Plan, Usted es responsable de:

- Proveer información verdadera y completa a las personas que le brindan atención médica.
- Revisar y entender completamente la información que recibe acerca de su Plan.
- Conocer el uso apropiado de los servicios que cubre el Plan.
- Prestar su Tarjeta de identificación del Plan antes de recibir atención médica.
- Consultar a su Médico antes de recibir atención médica, a menos que su Afección médica sea mortal.
- Notificar con prontitud a su Proveedor si usted se retrasará o si no podrá asistir a una cita.
- Pagar todos los cargos o montos de copago, incluso los correspondientes a las citas a las que no se presentó. Esto también aplica a los deducibles y a cualquier cargo por beneficios y servicios sin cobertura.
- Expresar sus opiniones, Quejas o Inquietudes de una manera constructiva al Servicio al miembro de CHRISTUS Health Plan o a su Proveedor.
- Informar al Plan sobre cualquier cambio sobre el tamaño de la familia, la dirección, el número de teléfono o estatus de membresía en un plazo de treinta (30) días calendario a partir del cambio.
- Pagar a tiempo las Primas.
- Avisar al Plan acerca de otra cobertura.
- Seguir nuestro proceso de Apelaciones y Quejas cuando no esté satisfecho con las acciones o decisiones del Plan o de un Proveedor.
- Entender sus problemas de salud y participar en la elaboración de objetivos de tratamiento con los que usted esté de acuerdo con sus Proveedores.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención médica que Usted aceptó con su Proveedor.

Usted es responsable de entender cómo funciona el Plan. Usted debe leer cuidadosamente este Contrato y su *Programa de beneficios*. Comunicarse con el Departamento de Servicio para miembros cuando tenga preguntas acerca de su Plan.

Información del Mercado (Intercambio)

Podemos ayudarlo con sus preguntas sobre el Mercado. También puede obtener información

sobre el Mercado llamando al número gratuito, 1-800-318-2596 o visitando www.healthcare.gov/marketplace/index.html. El Mercado puede brindarle información sobre cómo puede aprovechar al máximo sus beneficios. También pueden indicarle cómo ponerse en contacto con un Navegador. Los navegadores están capacitados para informarle sobre el Mercado y obtener los beneficios que están disponibles para Usted.

Comunicación electrónica

Con su consentimiento, podemos enviarle una comunicación por escrito por medios electrónicos. Antes de que usted dé su consentimiento, le avisaremos que se le pueden proveer comunicaciones o materiales impresos o en formato no electrónico y cómo solicitar esa información. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento nos indicará si usted solamente quisiera que se le enviara una transacción específica de forma electrónica o si hay categorías identificadas de información que quisiera recibir de forma electrónica.

El aviso también le proveerá información sobre cómo retirar su consentimiento y cómo actualizar su información de contacto con nosotros.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

El Mercado federal (Intercambio) toma las decisiones de elegibilidad basadas en la solicitud que Usted envía. Usted es responsable de informarle al Intercambio acerca de cualquier cambio que pueda cambiar su elegibilidad. Entre los ejemplos de cambios están una adopción, un nacimiento, que se agregue a otro dependiente o un divorcio. Para ser elegible para recibir los beneficios cubiertos con este Contrato, usted debe estar inscrito como miembro. Un miembro es la persona que ha solicitado cobertura en nombre de sí mismo y sus dependientes y para quien ha sido emitido este Contrato.

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan, usted debe ser una Persona calificada:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos;
- Encontrarse legalmente en los Estados Unidos, si no es un ciudadano o no tiene nacionalidad estadounidense;
- Ser una persona elegible para cobertura a través del Intercambio.
- No estar en prisión, ni tener cargos que estén pendientes de una disposición final de los cargos;
- No ser elegible para recibir Medicare debido a la edad, enfermedad o discapacidad, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal o tener más de 65 años y ser elegible para la Parte A sin prima, pero que no recibe beneficios del Seguro Social y no estar inscrito en la Parte A ni en la Parte B.
- Usted debe vivir en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan, o el asegurado debe vivir en el área de servicio y continuar cumpliendo con estos criterios.

Para agregar recién nacidos y otros dependientes a nuestro Plan, Usted debe completar un formulario de inscripción para los Dependientes y enviarlos al Mercado federal. Usted debe indicarnos dentro de los 31 días siguientes al nacimiento de un hijo que desea agregar como dependiente y pagar cualquier prima requerida para continuar con la cobertura. No excluirémos ni limitaremos la cobertura para un hijo recién nacido del Suscriptor o del cónyuge del Suscriptor; los defectos congénitos serán tratados de la misma manera que otra enfermedad o lesión para la cual se proporcione cobertura. Su hijo recién nacido puede recibir servicios de un proveedor no participante si el recién nacido nace fuera del área de servicio debido a una emergencia o si nace en una Instalación no participante y la madre no tiene cobertura. Es posible que necesitemos que el recién nacido sea transferido a una Instalación participante bajo nuestra responsabilidad, y si aplica, a un Proveedor participante cuando la transferencia sea médicamente apropiada.

A pesar de la notificación de los requisitos de elegibilidad de Intercambio, el hijo recién nacido de un Suscriptor o el cónyuge del Suscriptor tiene derecho a la cobertura durante los 31 días siguientes al nacimiento. Usted puede informarle a CHRISTUS Health Plan, ya sea verbalmente o por escrito, sobre agregar al recién nacido como un dependiente cubierto. Además, los nietos que vivan con y en el hogar del asegurado también pueden calificar como dependientes.

Para calificar, los nietos deben:

- Ser menores de 26 años de edad; y

- Estar bajo la custodia legal del Miembro y residir con él o ella.

Para ser elegible como Dependiente, cada uno de los dependientes debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser un Dependiente de una Persona calificada elegible para cobertura a través del Intercambio según la ley de Louisiana; O
- Que se inscriba dentro de los 31 días siguientes a un evento que califique conforme al Período de inscripción especial para Dependientes.

El dependiente es el cónyuge legal o pareja de hecho del miembro y sus hijos menores de 26 años. El término “hijo/hijos” incluye:

- un hijo natural;
- un hijastro, un hijo adoptado legalmente, incluidos los hijos que hayan sido objeto de una demanda de adopción del Miembro, de su cónyuge o su Pareja de hecho; o
- un nieto que esté en custodia legal del abuelo(a) y resida con él o ella; o
- un hijo para quien el Miembro, su cónyuge o su Pareja de hecho sea el tutor; y
- Un hijo soltero acogido en el hogar de un asegurado después de la ejecución de un acto de renuncia voluntaria a favor del asegurado o del representante legal del asegurado, para el cual ha transcurrido la fecha después de la cual el acto de renuncia voluntaria se convierte en irrevocable.

A menos de que se apliquen circunstancias especiales, la cobertura de dichos dependientes está limitada a aquellos que tienen menos de veintiséis (26) años. Los Dependientes mayores de 26 años pueden calificar para la continuidad de la cobertura de Dependiente si es incapaz de sostenerse con un empleo por motivos de discapacidad intelectual o física y quien es principalmente dependiente del suscriptor para manutención y apoyo. Usted debe presentarnos prueba de la dependencia y discapacidad física o intelectual del hijo dentro de los siguientes treinta y un (31) días después de la fecha de que el hijo deje de calificar como Dependiente. Es posible que necesitemos esta prueba de continúan de la discapacidad y dependencia del hijo una vez al año, después del período de dos años posterior en el que el hijo alcanzó el límite de edad.

Usted debe dar manutención a cualquier hijo de quien sea el tutor legal permanente de conformidad con una orden judicial impuesta a usted (como una Orden médica calificada de manutención infantil). Nosotros les brindaremos cobertura a sus hijos Dependientes según sea requerido por una Orden médica calificada de manutención infantil según la ley federal o estatal o regulaciones aplicables. Estos Dependientes no están sujetos a las restricciones de la temporada de inscripciones.

Los hijos sujetos a una orden médica calificada de manutención infantil también son elegibles para recibir beneficios dentales de conformidad con esta póliza.

Los Derechos de los padres que tienen la custodia

Si un hijo Dependiente tiene cobertura de un padre que no tiene su custodia, o un padre que no tiene la custodia principal de su hijo, le brindaremos al padre con la custodia la información necesaria para que el niño adquiera los beneficios; permiso para que el padre con la custodia o el Proveedor envíe los reclamos Servicios cubiertos sin necesidad de la aprobación del padre que

no tiene la custodia; y pague los reclamos enviados de acuerdo con la ley de Louisiana directamente al padre que tiene la custodia, el Proveedor o la agencia Medicaid del estado.

Los Derechos de los padres que no tienen la custodia

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

Inscripción

La inscripción en línea para el intercambio está disponible en www.healthcare.gov/marketplace/index.html.

Inscripción inicial

La cobertura en virtud de este Contrato entrará en vigencia a partir de la fecha que apruebe CHRISTUS Health Plan.

Inscripción especial y limitada para personas calificadas que participan en el Intercambio

Una persona calificada tiene sesenta (60) días para inscribirse como resultado de uno de los siguientes eventos:

- Una persona calificada o dependiente pierde una cobertura mínima esencial;
- Una persona calificada adquiere un dependiente o se vuelve un dependiente a través del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en un hogar temporal o a través de una orden de manutención infantil u otra orden judicial;
- Una persona se convierte en ciudadano, obtiene la nacionalidad u obtiene la presencia legal que antes no tenía;
- Si la inscripción o no inscripción de una Persona calificada en un Plan de salud calificado no es intencional, es inadvertida o errónea y es el resultado del error, falsa información o falta de acción de un ejecutivo, empleado o un representante del Intercambio o HHS o sus dependencias, según sea evaluado y determinado por el Intercambio. En tales casos, el Intercambio puede
- llevar a cabo dicha acción, según sea necesario para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación, o falta de acción;
- Una persona inscrita demuestra adecuadamente al Intercambio que el Plan de salud calificado en el que está inscrita viola sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con la persona inscrita;
- Si se determina que una persona es recién elegible o recién inelegible para los Pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima de seguro (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC) o si se cambiara la elegibilidad para las reducciones en los costos compartidos, aparte de si dicha persona ya está inscrita en un plan de salud calificado;
- Una persona calificada o inscrita obtiene acceso a nuevos planes de salud calificados como resultado de un traslado permanente;
- Los Eventos que califican, como se define en la sección 603 de la Ley para la Seguridad

- de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 y sus modificaciones;
- Un indígena, según se define en la Sección 4 de la Ley para el Mejoramiento de la Atención Médica Indígena, se puede inscribir en un plan de salud calificado o cambiarse de un plan de salud calificado a otro una vez al mes; o
- Inscripción en cualquier grupo de año no calendario o cobertura de seguro médico individual;
- Pérdida de cobertura relacionada con el embarazo o pérdida de acceso a servicios de atención médica a través de la cobertura brindada al feto de una mujer embarazada;
- Pérdida de cobertura médicamente necesaria;
- Una persona calificada o inscrita le demuestra al Intercambio, conforme a las directrices que haya emitido el HHS, que la persona satisface otras circunstancias excepcionales según lo estipula el Intercambio;
- Una persona calificada es la que, en caso de matrimonio, al menos un cónyuge debe demostrar que tiene una cobertura mínima esencial;
- Una persona calificada o inscrita es una víctima de abuso doméstico o abandono conyugal; incluido un dependiente o víctima soltera dentro un hogar, está inscrito en la cobertura mínima esencial y solicita inscribirse en la cobertura del culpable del abuso o abandono de forma independiente; o
- Una persona calificada o inscrita solicita cobertura en el Intercambio durante el período de inscripción abierta anual o debido a un evento que califica, es evaluada por el Intercambio como elegible potencialmente para recibir Medicaid o el Programa de seguro médico para niños (CHIP, por sus siglas en inglés), y Medicaid estatal o una la agencia de CHIP determinan que no es elegible para recibir los beneficios de Medicaid ni de CHIP, ya sea después de que haya terminado la inscripción abierta o después de 60 días luego de un evento que califica.

Pérdida de cobertura mínima esencial, en el caso de un miembro que tiene cobertura que no sea la continuidad de la cobertura de COBRA, significa que las condiciones se satisfacen al momento en el que la cobertura se da por cancelada como resultado de la pérdida de elegibilidad (sin importar si la persona es elegible o elige la continuidad de la cobertura de COBRA). La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida por falta de pago puntual de las primas o la cancelación de la cobertura por causa (como hacer un Reclamo fraudulento o tergiversar intencionalmente información de un hecho material relacionado con el Plan). La pérdida de elegibilidad por cobertura incluye, pero no se limita a:

- La pérdida de elegibilidad, como resultado de la separación legal, divorcio, cese del estado de dependiente (por ejemplo, por llegar a la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente para el plan), muerte de un empleado, despido, reducción en la cantidad de horas de empleo, así como cualquier pérdida de elegibilidad de cobertura después de un período que se mida al hacer referencia a cualquiera de estos sucesos;
- Para el caso de cobertura ofrecida por medio de una HMO u otro arreglo, en el mercado individual que no brinda beneficios a personas que ya no residen en un área de servicio, pérdida de cobertura porque una persona ya no reside en el área de servicio (sea o no su elección);
- Una situación en la cual la persona incurre en un Reclamo que pudiera llegar o exceder el límite vitalicio de todos los beneficios; y
- Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas con

una situación similar a la de la persona.

- En el caso de un empleado o dependiente que tenga cobertura que no sea la continuidad de la cobertura de COBRA, las condiciones son satisfactorias al momento que el empleador realizó las contribuciones para terminar la cobertura del empleado o sus dependientes. Las contribuciones del empleador incluyen las hechas por cualquier empleador actual o anterior para la cobertura del empleado o sus dependientes.
- En el caso de un empleado o dependiente que tiene cobertura que es la continuidad de la cobertura de COBRA, las condiciones se satisfacen al momento en el que la continuidad de la cobertura de COBRA se agote. Una persona que satisface las condiciones para una inscripción espacial, no se inscribe, y en lugar de eso decide y agota la continuidad de la cobertura de COBRA, llena los requisitos.

Personas calificadas que se inscriban entre primero y décimo quinto día del mes tendrán como Fecha de vigencia de cobertura el primer día del siguiente mes. Personas calificadas que se inscriban entre el décimo sexto y el último día del mes tendrán como fecha de vigencia de cobertura el primer día del segundo mes siguiente.

En el caso de nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entra en vigencia en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero los Pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima de seguro (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC) y las Reducciones de costos compartidos federales, si corresponde, no entran en vigencia hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, adopción o colocación para adopción ocurra el primer día del mes.

La fecha de vigencia de cobertura para Dependientes inscritos como resultado de una Orden médica calificada de manutención infantil es el primer día del mes después de recibir la orden o la fecha de vigencia de la Orden, que no sobrepase sesenta (60) días de cobertura retroactiva.

En caso de matrimonio o si la persona calificada pierde la cobertura mínima esencial, la fecha de vigencia es el primer día del siguiente mes.

El Intercambio puede brindarle a una persona calificada, una fecha de vigencia de cobertura previa a lo especificado en los párrafos anteriores, siempre que:

- No se ha determinado que la Persona calificada sea elegible para Pagos por adelantado del crédito fiscal federal para la prima de seguro o las Reducciones de costo compartido federal; o
- La Persona calificada paga la Prima completa por el primer mes parcial de cobertura, así como todos los costos compartidos, renunciando así al beneficio de los Pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima de seguro federal o las Reducciones de costo compartido federal hasta el primer día del mes siguiente.

Aviso de cambio de estatus

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

- Cambio de dirección o en la información de contacto;

- Cambio en el estatus de elegibilidad; o
- Cambio en el consumo de tabaco.

En caso de un cambio en el estado civil, se debe emitir una cobertura a esa persona de acuerdo con los estatutos de Louisiana.

Modificación de la cobertura

El Plan puede modificar la cobertura solo si se cumple cada uno de los siguientes:

- Se hace la modificación al momento de la renovación
- La modificación es aprobada por el comisionado, debe ser consistente con la ley estatal y eficaz entre todos los individuos.
- Se proporciona la notificación a más tardar sesenta (60) días antes de que la fecha de modificación entre en vigor.

Cancelación de la cobertura

La Cobertura de un Miembro terminará de conformidad con este Contrato en la más próxima de las siguientes fechas, cuando:

- CHRISTUS Health Plan no haya recibido la prima cuando esta haya vencido, sujeto a un Período de gracia provisto en este Contrato.
- El Miembro ya no viva en el Área de servicio, después de haber recibido un aviso por escrito con no menos de 60 días de anticipación, con la excepción de que CHRISTUS Health Plan no cancelará la cobertura otorgada a un hijo que esté sujeto a una orden de apoyo médico porque no viva en el Área de servicio;
- El Plan o un tipo particular de cobertura individual se suspende; pero solo si la cobertura se termina uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de inscritos que puedan ser elegibles para la cobertura. Podemos cancelar la cobertura después de 90 días de haber recibido un aviso por escrito, y se debe ofrecer a cada inscrito en base a una emisión de garantía, cualquier otra cobertura de atención médica básica individual que tengamos en el área de servicio. En caso de terminación por suspensión de toda la cobertura de atención médica básica individual por parte de la HMO en el estado, pero solo si la cobertura es suspendida uniformemente sin considerar ningún factor relacionado con el estado de salud de los inscritos y sus dependientes que puedan ser elegibles
- para la cobertura, la HMO puede cancelar la cobertura 180 días después de una notificación por escrito al comisionado y a los inscritos, en cuyo caso la HMO puede no ingresar nuevamente al mercado individual de Louisiana durante cinco años a partir de la fecha de suspensión de la última cobertura no renovada.
- El Miembro deja de ser una Persona calificada y elegible para cobertura a través del Intercambio;
- El Miembro obtiene otra cobertura a través del Intercambio;
- El Miembro se involucra en fraude o presenta de manera intencional información falsa de un hecho en la solicitud de inscripción, después de no menos de 30 días de haber recibido un aviso por escrito;
- El Miembro se involucre en fraude en el uso de servicios o instalaciones, después de no menos 30 días de haber recibido un aviso por escrito.

La cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del último día del mes en el que se pagaron las

primas. El Miembro será el responsable de los reclamos pagados después de la Fecha de cancelación.

No pagaremos ningún servicio cubierto proporcionado a un miembro o dependiente después de la fecha de cancelación. A menos que exista un acuerdo por escrito, no se brindará ningún Beneficio cubierto de conformidad con esta Póliza después de su fecha de cancelación, incluso si usted o su Dependiente están o permanecen en el hospital después de la fecha de cancelación de esta Póliza.

Conversión de cobertura

Los Dependientes elegibles en virtud de esta Póliza tienen derecho de una conversión a una nueva póliza en caso de:

- muerte del miembro, o
- divorcio, anulación o disolución de matrimonio o separación legal del cónyuge con el miembro.

El derecho de conversión no aplica si:

- la cobertura finaliza debido a falta de pago de las primas,
- el Dependiente es elegible para inscribirse en Medicare.

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

Un Dependiente que se haga Miembro en virtud del nuevo Contrato debe continuar viviendo en el Área de servicio. No es necesario que los Dependientes del Miembro vivan en el Área de servicio. El plan de conversión tendrá la misma forma de cobertura ofrecida por CHRISTUS Health Plan a la que el Miembro original y sus Dependientes tenían antes de la conversión. Las primas se deben pagar puntualmente. Si el Dependiente desea inscribirse en un plan diferente de beneficios, él/ella debe hacer una nueva solicitud de cobertura.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

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

El Plan es un plan estilo "HMO", que significa que usted elige a un Proveedor de atención primaria (PCP) para coordinar su atención médica. El Plan también requiere que:

- Usted viva, resida o trabaje en el Área de servicio, a menos que usted sea un Dependiente, y cumpla con todas las reglas de Cobertura incluidas en este Contrato.
- Debe recibir servicios de atención médica de los Proveedores participantes en nuestra red. Nuestra red la conforman médicos y hospitales que contratamos para prestarle servicios médicos.
Si usted no utiliza a los Proveedores participantes en Nuestra red, es posible que deba pagar por los servicios recibidos.
- Usted puede recibir Servicios cubiertos de un Médico no participante solo cuando un Proveedor participante no esté disponible en el Área de servicio. Para obtener una Autorización para recibir estos servicios cubiertos, su PCP nos enviará una orden médica. Los servicios de atención médica de emergencia están cubiertos, aunque el proveedor no sea un proveedor participante.
- Debe pagar sus costos compartidos al momento de recibir los servicios cubiertos. Nosotros le pagaremos al proveedor el saldo adeudado por los servicios cubiertos. Su *Programa de beneficios* tiene más información sobre los requisitos de los Gastos compartidos.
- Algunos servicios de atención médica requerirán Autorización previa para ser cubiertos por el Plan. Por ejemplo, necesita tener una Autorización previa para Hospitalización y algunos tipos de atención ambulatoria.
- Su Proveedor participante debe asegurarse de que se cuente con la autorización previa cuando se necesite. Para obtener más información, lea la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA, incluida en este Contrato
- Se cubren los Servicios de atención médica de emergencia fuera del Área de servicio; sin embargo, es posible que no se cubra otros tipos de atención médica.

Proveedores de atención primaria

Tener una buena relación con su Proveedor de atención primaria (PCP) puede ayudarle a Usted y a su familia a obtener más de su Plan de beneficios. Como nuestro Miembro, Usted puede elegir a un PCP para Usted y para cada Dependiente cubierto. Usted puede consultar a nuestro Directorio de proveedores en línea ingresando a www.christushealthplan.org, o llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Podemos ayudarle a elegir a un PCP que sea parte de nuestra red de proveedores.

Si no elige a un PCP cuando se inscriba, se elegirá por usted a un PCP cerca de su casa. No tiene que elegir a un PCP, podemos asignárselo automáticamente. Por favor, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para cambiar a su PCP.

Los PCP pueden incluir a médicos de medicina familiar, medicina general, internistas, pediatras,

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

Si Usted es un Miembro nuevo y tiene un problema médico o está tomando medicamento, debe llamar al consultorio de su PCP. Es necesario que coordine una cita tan pronto como sea posible después de la Fecha de entrada en vigor.

Tener un especialista como PCP

Algunos especialistas pueden actuar como PCP para miembros que tengan una afección médica grave, crónica, que cause discapacidad o que amenace su vida. Esto es permitido si el Especialista presta todos los Servicios de atención médica básica y están contratados por CHRISTUS Health Plan para llevar a cabo funciones de un PCP. Para averiguar cuáles proveedores llevan a cabo ambas funciones, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Directorio de Proveedores de CHRISTUS Health Plan

Nuestro Directorio de proveedores es una lista de Médicos, Hospitales, farmacias y otros Proveedores contratados por nosotros. El directorio de proveedores se actualiza regularmente.

Usted puede ver nuestro directorio de Proveedores en Nuestro sitio web www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 y preguntar por un Proveedor participante.

AVISO LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUDEN SER PROPORCIONADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA RED POR PARTE DE MÉDICOS BASADOS EN EL CENTRO Y QUE NO ESTÁN EN SU PLAN DE SALUD. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO DE TODO O PARTE DE LAS TARIFAS DE DICHSOS SERVICIOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LOS MONTOS QUE DEBE PAGAR POR COPAGOS, COSEGURO Y DEDUCIBLES APLICABLES Y POR SERVICIOS SIN COBERTURA. PUEDE ENCONTRAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LOS MÉDICOS BASADOS EN LOS CENTROS DENTRO Y FUERA DE LA RED EN LA DIRECCIÓN DEL SITIO WEB DE SU PLAN DE SALUD O LLAMANDO AL NÚMERO TELEFÓNICO DE SERVICIO AL CLIENTE DE SU PLAN DE SALUD.

Tarjeta de identificación

Se le ha enviado una tarjeta de identificación del Plan. Si necesita más tarjetas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación del Plan. La Tarjeta de identificación del Plan tiene una lista de algunos de esos beneficios que tienen los Miembros y que posiblemente tengan montos por Copago. Puede encontrar información de

costos compartidos en su *Programa de beneficios*.

Usted tiene derecho a recibir beneficios del Plan por Servicios cubiertos, si todas las Primas, Deducibles y Copagos están pagados y usted es elegible para obtener los beneficios del Plan. Tener una tarjeta de identificación del Plan no es suficiente para darle el derecho de gozar de los beneficios. No permita que otras personas utilicen su Tarjeta de identificación del Plan Si lo hace, Usted deberá pagar por los servicios que reciba la persona que no es Miembro. Además, se puede cancelar la Membresía de su Plan, así como la de sus Dependientes cubiertos. Llame inmediatamente a Servicio para Miembros al 1-844-282-3025 si perdió o le robaron su Tarjeta de identificación de Miembro del Plan.

Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de Identificación (ID)

ADVERTENCIA: Es importante seguir el consejo de profesionales médicos y recibir la mejor atención y tratamientos posibles. Esta sección no tiene como objetivo proporcionar orientación o consejería alguna sobre tratamiento médico y no puede interpretarse como servicios médicos prescritos. No utilice ninguna información de esta sección para tomar decisiones acerca de sus necesidades de atención médica.

Esta sección está diseñada para brindar información general para proteger del uso no autorizado de sus beneficios médicos y tarjeta de identificación. La información puede ayudar a crear conciencia sobre las estrategias utilizadas por personas inescrupulosas para aprovecharse de usted para con fines lucrativos. Además, en caso de que alguien que no sea usted utilice su tarjeta de identificación o beneficios de atención médica, se le pedirá presentar un informe por teléfono, fax o al correo electrónico que aparece en el siguiente párrafo.

El uso de su tarjeta de identificación o Información personal de salud por una persona que no es usted, ya sea con sin su conocimiento, se puede considerar fraude y debe reportarse inmediatamente a la Línea de ayuda para fraude de CHRISTUS al 855-771-8072, el número seguro de fax para fraudes al 210-766-8849 o al correo electrónico exclusivo CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org.

Por favor, reporte cualquiera de las siguientes situaciones:

- Un proveedor de atención médica factura tratamiento, servicios o equipo médico que usted no recibió o en una fecha diferente a la fecha de tratamiento.
- Un proveedor de atención médica u otra persona le ofrece dinero en efectivo, una tarjeta de regalo u otros beneficios a cambio de visitar a un proveedor de atención médica específico.
- Si le ofrece tratamiento gratuito como paciente hospitalizado en una residencia para personas sobrias, dentro del estado o fuera de su ciudad.
- Un proveedor de atención médica factura un monto excesivo por el tratamiento que usted recibió, incluso si usted pagó su deducible normal.
- Un proveedor de atención médica proporciona un tratamiento servicios que no son médicamente necesarios y que no están relacionados con ninguna afección por la que usted buscó tratamiento.
- Un proveedor de atención médica le pide reclutar a familiares o amigos para cualquier

tratamiento o servicio.

- Usted sigue recibiendo de forma continua equipo médico que usted ya no necesita o utiliza. (Por favor, NO deje tomar cualquier tratamiento recetado sin consultar a un profesional médico)
- Su período de tratamiento dura mucho más que el período prescrito o aparece no tener fecha de finalización o no le presentaron el Plan de atención.
- Su tratamiento se extiende de manera anormal en muchas visitas sin una razón médica.

El uso fraudulento, indebido o abusivo y sin autorización de las Tarjetas de identificación emitidas a Miembros, incluye, pero no se limita a cualquiera de las siguientes acciones cuando es intencional:

- Usar la Tarjeta de identificación antes de la fecha efectiva de pago;
- Usar la tarjeta de identificación después de la cancelación de la cobertura de su Plan;
- Obtener Medicamentos con receta u otros beneficios para personas que no están cubiertas de conformidad con el Plan;
- Obtener Medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos de conformidad con el Plan;
- Obtener Medicamentos con receta para revender o para que sean utilizados por otra persona que no sea para quien se recetaron, aunque dicha persona esté cubierta de otra manera por el Plan;
- Obtener Medicamentos sin receta o con una receta falsificada o alterada;
- Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso prudentes o medicamento necesarios o que evadan las limitaciones de calidad del Plan;
- Obtener medicamentos con receta utilizando recetas para el mismo medicamento de varios proveedores, u
- Obtener medicamentos con receta de varias Farmacias usando la misma receta.

El uso intencional, fraudulento, inadecuado, abusivo y sin autorización de las Tarjetas de identificación por parte de cualquier Miembro, puede resultar en, pero no está limitado a:

- Negación de los beneficios;
- Cancelación de la cobertura;
- Limitación del uso de la Tarjeta de identificación a un Médico designado, otro Proveedor o Farmacia dentro de la Red;
- Que Usted reintegre cualquier pago de beneficios que se le haya hecho;
- Autorización previa para la compra de medicamentos y servicios médicos, o
- Aviso a las autoridades competentes por la violación potencial a la ley o a la ética profesional.

SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS

Los costos compartidos son los costos que se comparten por los servicios cubiertos por este Plan. Los pagos de Gastos compartidos de su Plan incluyen el Deducible anual, Coseguro y Copagos de cada tipo de servicio, según se encuentra detallado en su *Programa de beneficios*.

Deducible anual

Ciertos servicios están sujetos a un deducible anual. Este es el monto que un Miembro debe pagar cada Año calendario por los Servicios cubiertos antes de que algunos Servicios cubiertos sean pagados de conformidad con este Contrato. También se le llama el Deducible. Consulte su *Programa de beneficios*.

No todos los Servicios cubiertos están sujetos al Deducible, como la mayoría de Servicios preventivos. Los Copagos de su Plan no se aplican a su deducible. Por favor, vea en su *Programa de beneficios* los Deducibles de su Plan y la información sobre qué servicios no son sujetos de Deducible.

Los Copagos y las multas no se tienen en cuenta al determinar si ha alcanzado o no su Deducible.

Deducible por persona

Usted tiene un deducible individual. Una vez que haya alcanzado su Deducible individual, el Plan pagará los beneficios de sus Servicios cubiertos. Consulte en su *Programa de beneficios* el monto de su Deducible.

Deducible familiar

Si está inscrito en una cobertura familiar o cobertura de dos (2) o más personas, su Plan tiene un Deducible familiar. Algunos Servicios cubiertos no serán elegibles para que pague el Plan hasta que se alcance el Deducible por persona o el Deducible familiar. Los montos que pagan los Miembros de su familia para alcanzar el Deducible por persona, también aplicarán al Deducible familiar. Por ejemplo, si el Deducible individual del Miembro es de \$500, entonces se puede aplicar hasta \$500 por Miembro del Deducible familiar. Una vez se ha alcanzado el Deducible familiar, no aplicarán los Deducibles por persona y pagaremos por los Servicios cubiertos.

Cambios al deducible

Los cambios al Deducible solo se pueden hacer en el momento de la renovación.

Máximo anual de desembolso directo

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

Solo se aplican al Máximo anual de Desembolso directo, los Deducibles, Coseguro, y Copagos pagados de su bolsillo por Beneficios cubiertos. Una vez se alcanza este monto, se paga el 100 %

de los Beneficios cubiertos por lo que queda del Año calendario.

Una vez que haya alcanzado su Deducible, los pagos del Copago por Servicios cubiertos se aplicarán a su Máximo de desembolso directo. Los montos o servicios que no se aplican a su Máximo de Desembolso directo son:

- montos por multas;
- pagos de primas; y
- montos pagados por Beneficios no cubiertos.

Máximo de desembolso directo individual del Año calendario

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

Máximo de desembolso directo de Cobertura familiar

Los Miembros que tienen cobertura familiar, tienen un Máximo de Desembolso directo familiar. Para cada Miembro se aplica un Máximo de Desembolso por persona hasta que se alcance el Máximo de Desembolso familiar. Cualquier combinación de los Miembros de la familia, puede contribuir para alcanzar el Máximo de Desembolso directo por familia. Una vez Usted ha alcanzado el Máximo de Desembolso directo por familia, se paga por el 100% de los Beneficios cubiertos por lo que queda del Año calendario. Por ejemplo, si el Máximo de Desembolso directo por persona del Miembro es de \$2,000, entonces se puede aplicar hasta \$2,000 por Miembro al Máximo de Desembolso directo familiar. Cualquier saldo del Máximo de Desembolso directo por familia debe ser cubierto por otro Miembro de la familia.

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

Coseguro

El Coseguro es un porcentaje de costos de un Servicio cubierto como se muestra en su *Programa de beneficios*. Usted paga un porcentaje (por ejemplo 20 %) después de Usted que haya alcanzado su Deducible.

Copagos

El Copago es el monto que puede ver en su *Programa de beneficios*, que debe ser pagado directamente por Usted al Proveedor cada vez que reciba determinados Servicios cubiertos.

Los Copagos se pueden cobrar por cada Servicio que su Proveedor haya llevado a cabo, incluso si tiene Usted más de una cita el mismo día. Los Copagos no aplican para alcanzar el Deducible.

Si no está seguro de cuáles son los beneficios cubiertos por su Plan o los Gastos compartidos, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Ley de No Sorpresas

Cuando usted recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital de la red, departamento ambulatorio de un hospital, hospital de acceso crítico, centro de

cirugía ambulatoria, y cualquier otro centro, especificado por la Secretaría, que proporciona artículos o servicios para los cuales el plan brinda cobertura, usted está protegido de las facturas sorpresa o la facturación de saldos. Cuando usted consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de desembolso directo como copagos, coseguro y/o deducible. Es posible que tenga que hacer otros pagos o tener que pagar toda la factura si consulta a un proveedor o visita un centro de atención que no forma parte de la red de su plan de salud. “Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud.

Los proveedores fuera de la red pueden facturarle a usted la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto completo cobrado por un servicio. Esto se conoce como “facturación de saldos”. Es probable que este monto sea mayor que el costo dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso directo.

Una “factura sorpresa” es una factura de saldos inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero de manera inesperada, es atendido por un proveedor fuera de la red.

Cuando la facturación de saldos no es permitida, usted también tiene las siguientes protecciones. Cuando usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coseguro y deducibles que pagaría si con un proveedor o centro de la red).

Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Generalmente su plan de salud debe:

- Cubrir servicios de emergencia sin que usted tenga que obtener la aprobación de los servicios primero (autorización previa).
- Cubrir servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Establecer lo que usted debe pagar al proveedor o centro (gasto compartido) según lo que usted pagaría con un proveedor o centro de la red y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
- Tener en cuenta cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y para el límite de desembolso directo.

Ciertos servicios complementarios

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, ciertos proveedores pueden no formar parte de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es el gasto compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Los proveedores ya no pueden facturar saldos por servicios individuales de emergencia. Un proveedor solo podrá facturar saldos a una persona por ciertos servicios posteriores a la estabilización, y por servicios realizados por proveedores no participantes en ciertos centros participantes, si el proveedor o centro proporciona un aviso a la persona participante, beneficiaria o inscrita y obtiene el permiso de la persona para recibir atención fuera de la red y que se la facture el saldo. Además, CHP ha establecido medidas para

garantizar que se respeten todas las protecciones relevantes de derechos civiles y que las comunicaciones sean accesibles y comprensibles para Usted, el Miembro. Si usted recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle saldos, a menos que usted de su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

CÓMO ENCONTRAR ATENCIÓN MÉDICA

El Plan tiene una red de médicos, centros de atención médica, laboratorios y farmacias. En esta sección del Contrato se explica cómo y en dónde puede obtener atención médica. Para conocer la información específica, vea el *Programa de beneficios* adjunto a este Contrato.

Cuando necesite atención médica:

- Comuníquese con su Proveedor de atención primaria (PCP).
- Identifíquese como Miembro. Es posible que su PCP le solicite información de su Tarjeta de identificación de Miembro, así que téngala lista.
- Cuando vaya a consulta médica, muestre su Tarjeta de identificación de Miembro.
- Si es necesario, obtenga una Autorización previa de su PCP para recibir ciertos Beneficios cubiertos. Puede obtener más información sobre este tema en la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato.

Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-282-3025 si tiene alguna pregunta o desea presentar una queja.

Atención de emergencia

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

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

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

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

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

Nosotros pagaremos al Proveedor la tarifa que acordemos con el mismo. Si Usted recibe una

factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

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

En caso de una emergencia, Usted debe acudir con el proveedor o centro más cercano disponible. Usted no necesita una Autorización previa para recibir Servicios de atención médica de emergencia de Proveedores participantes y no participantes.

Pagaremos los servicios de atención de emergencia que reciba de Proveedores no participantes, hasta el monto máximo pagadero según se describe abajo en la sección “Gastos de proveedores no participantes”. Sin embargo, se le puede transferir con un proveedor participante para continuar con su atención si se considera médicamente sensato hacerlo. Usted pagará los mismos Gastos compartidos que pagaría con un Proveedor participante. Si usted recibe una factura del saldo de un Proveedor no participante, comuníquese con Nosotros.

Asegúrese de comunicarse con Nosotros y determinaremos en una consulta con su Proveedor si se necesitan hacer arreglos para transferirlo. Si después de que le hayan dado el alta recibe atención de seguimiento que no sea de emergencia de parte de un Proveedor que no sea de la red, Usted será responsable del costo de esos servicios.

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

Todas las Admisiones para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa de Nosotros, excepto como se indicó para Atención de maternidad. Si Usted es admitido en un Centro no participante o fuera de la red, debe comunicarse con el Plan para recibir una Autorización previa. Un Miembro autorizado de la familia o el encargado debe contactarnos si Usted no puede hacerlo. Se necesita una autorización previa para que los servicios cubiertos se paguen en el nivel más alto de beneficios. Un médico aparte de su PCP se encargará de su atención médica o de su supervisión hasta que reciba la Autorización previa y la admisión.

Atención médica de urgencia

La Atención médica de urgencia incluye servicios Médicamente necesarios prestados para tratar una lesión o enfermedad urgente que no sea mortal, pero que requiera atención médica inmediata. La atención que es necesaria después del horario de atención del Proveedor de atención primaria también es considerada como Atención médica de urgencia.

Animamos a los Miembros a comunicarse con su Proveedor de atención primaria para hacer una cita antes de buscar atención de otro Proveedor. Si el Proveedor de atención primaria no está disponible y la Afección médica persiste, llame a la Línea para consejería de enfermería al 1-844-581-3175. La Línea para consejería de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Un Enfermero registrado puede ayudarlo a decidir el tipo de atención médica más adecuada para sus necesidades médicas específicas.

Algunos ejemplos de Enfermedades o Lesiones de urgencia son:

- Un esguince o una posible fractura ósea;
- Una cortada que necesite sutura;
- Fiebre que se eleva;
- Diarrea o vómitos intensos;
- Dolor de oídos, y
- Síntomas de gripe.

La Atención médica de urgencia no se limita a estas situaciones. Si necesita ayuda para encontrar un Proveedor de atención médica de urgencia, comuníquese con Servicios al miembro llamando al 1-844-282-3025.

Comuníquese con su PCP para programar una cita antes de buscar atención médica de otro Proveedor. Si su PCP no está disponible y las Afecciones médicas persisten, llame a la línea gratuita de enfermería al 1-844-581-3175.

La Línea para consejería de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Un Enfermero registrado puede ayudarlo a decidir el tipo de atención médica más adecuada para sus necesidades médicas específicas.

Visitas al consultorio

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

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

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

Los servicios de Telesalud están cubiertos en este Contrato al mismo nivel y montos de copago que otras visitas a consultorios.

Servicio de ambulancia

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

El traslado en Ambulancia que no sea de emergencia requiere una Autorización previa del Plan.

Usted es responsable del pago de los servicios de Ambulancia si los servicios no son Médicamente necesarios y no están autorizados por el Plan.

Continuidad de la atención médica

Si está recibiendo un curso de tratamiento continuo de un proveedor no participante o de un proveedor participante cuyo contrato finaliza durante el curso del tratamiento continuo o activo, usted podría ser elegible para continuar recibiendo servicios según se consideró cuando su proveedor era aún un proveedor participante. A esto se le llama continuidad de la atención.

Si un Proveedor/médico participante cancela su relación con el Plan, continuaremos reembolsando al Proveedor/médico por brindar el tratamiento Médicamente necesario a un Miembro con Continuidad de atención para el paciente. Le notificaremos con una carta después de haber confirmado la fecha de terminación del Proveedor/Médico si usted está en Continuidad de atención para el paciente para permitirle buscar atención de transición continua.

El Plan continuará la cobertura de los Servicios cubiertos durante el período que comienza la fecha en que se proporciona la notificación y que termina en primero de los siguientes: (a) noventa (90) días después de la fecha de vigencia de la terminación en la red de proveedores que se le proporcionó; (b) si el Miembro ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal al momento de la terminación, el vencimiento del período de nueve meses después de la fecha en que entre en vigencia la terminación; o (c) si el Miembro ya no está en Continuidad de atención para el paciente con dicho Médico/Proveedor.

En caso de que al Miembro se le haya diagnosticado un embarazo de alto riesgo o haya pasado la semana veinticuatro de embarazo, se le permitirá continuar recibiendo los servicios de atención médica cubiertos, sujeto al consentimiento del proveedor de atención médica tratante, a través de la atención del parto y posparto relacionada con el embarazo y el parto y el control de seguimiento de las seis semanas.

No se requiere la cobertura de la Continuidad de la atención médica cuando:

- El motivo de la terminación se debe a suspensión, revocación o restricciones aplicables a la licencia del Proveedor de atención médica para ejercer en el estado por parte de la Junta Estatal de Examinadores Médicos de Louisiana o por otro motivo documentado relacionado con la calidad de la atención médica;
- El Miembro elige cambiar de Proveedores;
- El Miembro se muda fuera del área de servicio del Proveedor o del Plan; o

Para Miembros nuevos

Si está recibiendo un curso de tratamiento continuo con un Proveedor que no pertenezca a la red de proveedores de CHRISTUS Health Plan, es posible que reciba los servicios de ese Proveedor y que estos se paguen al nivel de beneficio de un Proveedor participante. Los Miembros con ciertas Afecciones médicas pueden solicitarnos la Continuidad de la atención médica en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de inscripción.

Para miembros existentes

Si el contrato de su Proveedor con CHRISTUS Health Plan finaliza durante el curso de su

tratamiento, usted puede ser elegible para seguir consultando a ese Proveedor. Los Miembros existentes con ciertas Afecciones médicas pueden ser elegibles para la Continuidad de la atención médica. Este período de transición permitirá que un Miembro tenga acceso continuo a un Proveedor. No necesita solicitar la continuidad de la atención médica ya que la misma se coordina en el Plan.

Remisiones a Proveedores no participantes

Si un Servicio cubierto es Médicamente necesario y no es posible recibirlo de un Proveedor participante, lo remitiremos a un Proveedor no participante en un período no mayor a cinco días hábiles después de recibir su solicitud y documentos, o antes dependiendo de su Afección médica. Coordinaremos la remisión. **Debe tener Nuestra autorización antes de recibir los servicios, o usted será responsable del pago.**

El Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo por pagar por un Servicio cubierto. El monto a pagar por los Servicios cubiertos prestados por Proveedores no participantes será, ya sea la tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante, o en base a nuestra lista de tarifas fuera de la red. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados habitualmente por un servicio, y que con equidad y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con la edición y lógica de agrupaciones reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas.

Estos proveedores no participantes no pueden enviarte facturas con saldos no pagadas por nosotros. Si Usted recibe una factura de servicios de un proveedor no participante, por favor contáctenos.

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

Proveedores basados en Centros no participantes

Un Proveedor basado en un Centro puede no ser un Proveedor participante. Estos Proveedores no participantes no pueden enviarle facturas con saldos no pagadas por nosotros, a menos que Usted haya firmado un formulario de consentimiento para aceptar el pago de los servicios que le proporcionaron. Si usted recibe una factura de saldos de un Proveedores basados en un Centro Participante o no Participante y no firmó un formulario de consentimiento para aceptar el pago de los servicios, comuníquese con Nosotros.

Para proporcionar el aviso y solicitar el consentimiento de las personas para que renuncien a sus protecciones contra la facturación de saldos bajo la Ley de No Sorpresas, los proveedores y centros deben utilizar los documentos de Aviso estándar y consentimiento desarrollados por el HHS.

- Si una persona programa una cita con al menos 72 horas de anticipación a la fecha de la cita, se debe proporcionar el aviso y los documentos para el consentimiento a más tardar

72 horas de la fecha de la cita.

- Si una persona programa una cita con dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de la cita, se debe proporcionar el aviso y los documentos para el consentimiento, pero por lo menos 3 horas de la hora en que se van a proporcionar los artículos o servicios.

Gastos por Proveedores No Participantes dentro de un Centro participante

El Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo por pagar por un Servicio cubierto. El monto a pagar por los Servicios cubiertos prestados por Proveedores no participantes será, ya sea la tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante, o en base a nuestra lista de tarifas fuera de la red. Esto no evita que le facturen saldos. La lista de tarifas fuera de la red es la tarifa usual y habitual basada en la cantidad proporcional de CHRISTUS negociada para los Servicios dentro de la red, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados habitualmente por un servicio, y que con equidad y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con la edición y lógica de agrupaciones reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas. Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Usted tampoco estará obligado a buscar atención fuera de la red. Usted puede escoger un proveedor o centro de la red de su plan. El cargo permitido está concebido simplemente para limitar los efectos de utilizar a un proveedor fuera de la red.

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

En su Plan, algunos servicios de atención médica son Beneficios no cubiertos a menos que usted tenga una Autorización previa. En esta sección se explica el proceso de la Autorización previa. Usted puede encontrar más información sobre los servicios que requieren Autorización previa en nuestro sitio web www.christushealthplan.org o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

¿Qué es la Autorización previa?

Una Autorización previa es un proceso clínico de revisión en donde verificamos su caso para determinar si un servicio es Medicamento necesario y si es un Beneficio cubierto antes de que usted reciba el servicio.

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

Sin una Autorización previa, es posible que la atención médica propuesta no esté cubierta.

Si usted tiene preguntas sobre el proceso de Autorización previa o los servicios que requieren de esta Autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-282-3025.

¿Cómo puede obtener una Autorización previa?

Cuando un Proveedor participante recomienda atención médica que necesita una Autorización previa, es decisión del Proveedor comunicarse con Nosotros para emitir dicha autorización. Su Proveedor debe notificarnos y solicitar la autorización previa antes de que reciba estos servicios. Es posible que tengamos que hablar con su Proveedor sobre los detalles del tratamiento solicitado o el servicio.

Si usted necesita obtener Servicios cubiertos de un Proveedor no participante, es su responsabilidad obtener las Autorizaciones previas necesarias para recibir dichos servicios. Si usted no obtiene una Autorización previa cuando se requiere, es posible que no cubramos su atención médica.

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

Para asegurarse de que hemos procesado una Autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-2823025. Llame al menos catorce (14) días antes de obtener los servicios. Si nosotros no emitimos la autorización previa, es posible que se deniegue el reclamo.

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de Autorización previa, Nuestro personal clínico revisa la

solicitud utilizando directrices reconocidas a nivel nacional. Estas directrices son congruentes con los principios clínicos aceptados y han sido desarrolladas por el Plan y los Proveedores que ejercen la atención médica. Si no existen los lineamientos para determinado servicio o tratamiento, se utilizan herramientas de recursos basados en revisiones de homólogos y evidencia médica científica.

Una autorización previa especificará la duración de su validez. Si su Autorización previa es aprobada, será válida durante 3 meses. Una autorización previa también puede ser solo para determinado número de tratamientos o servicios.

Autorización previa para pacientes con cáncer

Para cualquier servicio normalmente cubierto por el plan y relacionados con el diagnóstico o tratamiento del cáncer para el cual se requiere autorización previa, debemos ofrecer una revisión acelerada a su Proveedor que solicite la autorización previa y comunicarle Nuestra decisión sobre la solicitud de autorización previa lo más pronto posible, pero en todos los casos a más tardar dos días hábiles desde la fecha en que se recibe la solicitud, y a más tardar cinco días para una solicitud que no se recibió como una solicitud de revisión acelerada. Si necesitamos y le solicitamos información adicional para hacer la determinación, le comunicaremos nuestra decisión a su Proveedor lo más pronto posible, pero a más tardar cuarenta y ocho horas desde la recepción de la información adicional. Si se necesita y solicitamos información adicional para hacer la determinación, le comunicaremos nuestra decisión a su Proveedor lo más pronto posible, pero a más tardar cuarenta y ocho horas desde la recepción de la información adicional.

Autorización previa para Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas.

Se necesita tener una Autorización previa para ciertos Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas. Se puede solicitar una Autorización previa al Centro de excepciones de farmacia para los medicamentos restringidos, otras recetas o infusiones intravenosas que no están en el *Formulario*, pero que el proveedor ha determinado que son médicamente necesarios y apropiados. Esta solicitud puede realizarse vía fax, por teléfono o correo con la documentación apropiada que respalde la Necesidad médica.

Si usted no obtiene esta autorización, es posible que su Medicamento o Infusión intravenosa no estén cubiertos por el Plan. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Decisiones relacionadas con autorizaciones previas para Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas

Su caso será enviado a nuestro Director médico si nuestro personal clínico no aprueba su Autorización previa por razones clínicas o porque son medicamentos excluidos del formulario. El Director médico revisará su caso y verificará la información que nos envió su proveedor. Nuestro Director médico hablará con su Proveedor para obtener más información.

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

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

Apelaciones para Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas

Servicios de atención estándar/no de emergencia

Evaluaremos las solicitudes de apelación que no sean de emergencia y le notificaremos a Usted y a su Proveedor de la decisión en no más de 72 horas después de que se reciba una Apelación para **Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas**.

Revisión Acelerada de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de Apelaciones aceleradas, en base a las circunstancias urgentes. Las circunstancias urgentes se presentan cuando usted está padeciendo un problema médico que podría poner gravemente en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima, o cuando está recibiendo un tratamiento con un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Tomaremos una decisión de apelación Acelerada y le notificaremos a Usted y a su Proveedor por teléfono o a través de una notificación electrónica la decisión en no más de 24 horas después de recibir la solicitud de Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas, y le enviaremos una carta dentro de las 48 horas siguientes a la notificación telefónico o electrónica proporcionada por el plan.

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

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

Revisión externa

Usted, una persona que actúe en su nombre o su Proveedor tienen derecho a solicitar una revisión externa inmediata de Nuestra decisión de Apelación. Usted no tiene que agotar nuestro proceso de Apelación antes de solicitar una revisión externa, si el período del proceso no se cumple o si Usted está sufriendo por una afección médica que puede poner en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar la función máxima, o cuando está recibiendo un tratamiento con un medicamento que no esté en el Formulario. Nuestro aviso de determinación de la Apelación incluirá instrucciones completas para presentar la solicitud de revisión externa. Una revisión externa acelerada se puede iniciar al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.

Emitiremos una decisión de atención médica de urgencia a Usted en no más de 24 horas de haber recibido la solicitud de revisión externa y en no más de 72 días de la solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para Usted.

UNA AUTORIZACIÓN PREVIA NO GARANTIZA QUE SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS.

- Usted debe ser elegible para recibir Cobertura y debe estar cubierto por este Contrato en la fecha en que reciba los servicios.
- Todos los términos de este Contrato determinan si un servicio es un Beneficio cubierto o no.
- Un Miembro no debe confiar en la información verbal de un representante de CHRISTUS Health Plan que entre en conflicto con los términos escritos de este Contrato.
- En cualquier caso en el que una comunicación verbal de un representante de CHRISTUS Health Plan difiera con los términos de este Contrato, los términos de este Contrato prevalecerán.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Su Plan ofrece Cobertura para muchos Servicios de atención médica. En esta Sección se brindan detalles sobre sus Beneficios cubiertos y otros requisitos, Limitaciones y Exclusiones. Usted debe pagar su Deducible, Coseguro y Copago.

AVISO: SU PARTE DEL PAGO POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE BASARSE EN EL ACUERDO ENTRE SU PLAN DE SALUD Y SU PROVEEDOR. BAJO CIERTAS CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIRLE A SU PROVEEDOR FACTURARLE MONTOS QUE NO SUPEREN LOS CARGOS HABITUALES FACTURADOS POR EL PROVEEDOR.

Servicios cubiertos específicamente

Su Plan le ayuda a pagar los gastos de atención médica que son Médicamente necesarios y Cubiertos específicamente en este Contrato. Los Servicios cubiertos específicamente incluyen solo los Servicios de atención médica que se indican y se describen expresamente en las secciones de Beneficios de este Contrato. Los Beneficios y servicios cubiertos específicamente están sujetos a Limitaciones, Exclusiones, Autorizaciones previas y otras disposiciones de este Contrato. La sección de Exclusiones enumera los servicios que no son Beneficios cubiertos por este Plan. Todos los otros beneficios y servicios que no se indican como Cubiertos en esta sección, deben considerarse excluidos, excepto los Servicios de atención preventiva clínica.

Decidimos si un Servicio o suministro de atención médica es un Beneficio cubierto específicamente. Que un Proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro de atención médica no garantiza que sea un Beneficio cubierto, incluso si no está incluido como una Exclusión.

Necesidad médica

Los Servicios cubiertos deben ser Médicamente necesarios, excepto los Servicios de atención preventiva clínica. Necesidad médica o Médicamente necesario significa el Servicio de atención médica determinado por un Proveedor, en una consulta con nosotros; que sea apropiado o necesario, de acuerdo con los estándares y las prácticas generalmente aceptadas y las buenas prácticas de atención médica o las directrices para profesionales desarrolladas por el gobierno federal, nacional o sociedad profesional médica, consejos y asociaciones, u otros protocolos clínicos aplicables o directrices profesionales. Nos sujetamos a tales directrices federales, nacionales y profesionales, para el diagnóstico o atención y tratamiento directo de condiciones médicas, enfermedades, lesiones o padecimientos físicos, conductuales o mentales.

Los medicamentos, fármacos, tratamientos, procedimientos o dispositivos experimentales o de investigación, no están Cubiertos, a excepción de sus beneficios de Ensayo clínico.

Usted obtiene una Autorización previa para que algunos servicios sean Servicios cubiertos. El Plan no pagará por cualquiera de estos servicios si no existe una autorización previa. Lea la sección de Autorización previa de este Contrato o llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información sobre la Autorización previa.

Por favor lea su Programa de beneficios o llame a Servicio para Miembros para obtener más información.

Beneficios específicos cubiertos:

Lesión accidental (Trauma), Atención médica de urgencia, Servicios de atención médica de emergencia y Servicios de observación

Atención médica de urgencia

La atención médica de urgencia incluye procedimientos médicos o quirúrgicos médicamente necesarios, tratamientos o servicios de atención médica que usted recibe en un centro de atención médica de urgencia o en el consultorio de un proveedor debido a una afección médica repentina por enfermedad o lesión Condiciones urgentes que requieren atención médica inmediata para prevenir el deterioro grave de su salud pero que no amenazan su vida.

Comuníquese con su médico de atención primaria para programar una cita antes de recibir atención médica de otro proveedor. Se necesita tener una autorización previa para recibir atención médica de seguimiento de parte de un proveedor no participante. Si usted piensa que su afección médica amenaza su vida, debe buscar servicios de atención médica de emergencia.

Servicios de atención médica de emergencia

Proveemos cobertura para Atención de médica emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si es necesario. Usted debe buscar tratamiento médico de un proveedor participante, cuando esto sea posible. Si usted no puede, razonablemente, acceder a un Proveedor participante, haremos arreglos para pagar la atención médica de un Proveedor no participante según los Cargos permitidos para:

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

La cobertura por servicios de trauma y todos los otros servicios de Atención médica de emergencia continuarán al menos hasta que usted esté médicamente estable, no requiera de atención crítica, y pueda ser trasladado con seguridad a un centro de un Proveedor participante, en base al criterio del Médico que lo atiende en consulta con nosotros y de acuerdo con la ley federal.

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

No necesita una Autorización previa para recibir los Servicios de emergencia. Si Usted es

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

No rechazaremos un reclamo de Servicios de atención médica de emergencia cuando su PCP o uno de Nuestros representantes lo envíen a una sala de emergencias. Si sus Servicios de atención médica de emergencia resultan en hospitalización directamente desde la sala de emergencias, Usted es responsable de pagar los montos de los costos compartidos de hospitalización en lugar del Copago por la visita a la sala de emergencias. Vea en su *Programa de beneficios* sus Gastos compartidos.

Para Servicios de atención médica de emergencia recibidos de parte de un Proveedor no participante y/o fuera de Louisiana, usted puede solicitar Servicios de atención médica de emergencia del centro más cercano en donde se los puedan prestar. La atención de seguimiento que no sea de emergencia que se reciba fuera de Louisiana, para su conveniencia o según su preferencia, no es un Beneficio cubierto.

La atención médica de seguimiento de un Proveedor no participante necesita autorización previa. Usted debe pagar los cargos que Nosotros no autorizamos.

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

Servicios de observación

Los Servicios de observación son servicios para pacientes ambulatorios o como parte de Servicios de atención médica de emergencia que se prestan en un Hospital y por un Proveedor en las instalaciones de un hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y monitoreo del personal de enfermería del Hospital, que son razonables y necesarios para evaluar su Afección médica, determinar la necesidad de una posible admisión en el hospital o cuando se espera una mejoría rápida de su Afección médica.

Cuando un Hospital lo coloca en Observación como paciente ambulatorio, lo hace con base en una orden escrita de un Proveedor. Se debe cumplir Nuestro criterio de nivel de atención médica para poder ser trasladado del área de Observación a una admisión para pacientes hospitalizados.

El tiempo que permanezca en el Hospital no es el único factor que determine su estadía en el área de Observación en lugar de en un área para pacientes hospitalizados. También se tomarán en consideración los criterios médicos.

Todas las Lesiones accidentales (trauma), Atención médica de urgencia, Servicios de atención médica de emergencia y Servicios de observación, que se provean dentro o fuera del área de servicio del Plan están sujetos a las limitaciones que se indican en la sección de Limitaciones y

las exclusiones que se indican en la sección de Exclusiones.

Lesión cerebral adquirida

El Plan cubre el tratamiento por Lesión cerebral adquirida de la misma manera que el tratamiento de otra condición física. Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y rehabilitación; pruebas de neurocomportamiento, neurosicológicas, neurofisiológicas y psicofisiológicas y su tratamiento; neuroretroalimentación y terapia de remediación, servicios de transición y reintegración después de una condición aguda, otros servicios de tratamiento son cubiertos si tales son Médicamente necesarios como resultado o relacionados con una Lesión cerebral adquirida.

Servicios de ambulancia

El Plan cubre los siguientes tipos de Servicios de ambulancia: (1) Servicio de ambulancia para emergencias, (2) Servicios de ambulancia en casos de alto riesgo, y (3) Servicio de traslados entre centros.

Servicios de ambulancia en caso de emergencia

Los Servicios de ambulancia para emergencias son servicios de Ambulancia aérea o terrestre que se prestan cuando una persona razonable y prudente actuando de buena fe considera que transportarse en otro tipo de vehículo pondría en riesgo su salud. Los Servicios de ambulancia en caso de emergencia están cubiertos de conformidad con las siguientes razones:

- Dentro de Louisiana, al centro más cercano en donde se puedan prestar el Servicio de tratamiento y atención médica emergencia. Estos servicios deben ser proporcionados por un Servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.
- Fuera de Louisiana, al centro apropiado más cercano en donde se puedan prestar el Servicio de tratamiento y atención médica emergencia. Estos servicios deben ser proporcionados por un Servicio de ambulancias con licencia en un vehículo equipado y con suministros, con personal y equipo de salvamento.
- No pagaremos más por Ambulancia aérea de lo que pagaríamos por servicios de Ambulancia terrestre en la misma distancia, a menos que el servicio sea solicitado por autoridades policiales o médicas en el sitio de una situación de emergencia o si el Miembro se encuentra en una ubicación al que no puede llegar una ambulancia terrestre. Si el servicio es solicitado por autoridades policiales o médicas en el sitio en una situación de emergencia o si el Miembro se encuentra en un lugar al que no se puede
- acceder en ambulancia terrestre, el pago se realizará a la tarifa estándar fuera de la red o a la tarifa contratada según corresponda.
- Para determinar si Usted actuó de buena fe, como una Persona razonable y prudente, cuando solicitó el Servicio de ambulancia de emergencia, consideraremos los siguientes factores.
 - Si usted necesitó Servicios de atención médica de emergencia como se definió anteriormente
 - Sus síntomas
 - Si una Persona Razonable y Prudente que tenga un promedio de conocimiento de salud y medicina consideró que el traslado con otro vehículo podría haber puesto en peligro su salud

- Si su Médico/Proveedor o nuestro personal le recomendó que debía buscar Servicio de ambulancia. Cualquiera de estas recomendaciones resultará en el reembolso de todos los servicios médicamente necesarios prestados, a menos que esté limitado o excluido por esta Póliza.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel I o Nivel II u otro centro de traumatología/quemaduras designado de acuerdo a los protocolos establecidos de triaje de servicios médicos de emergencia y de tratamiento.

No están Cubiertos los Servicios de ambulancia (terrestre o aérea) al consultorio del forense o a la morgue, salvo que la Ambulancia haya sido enviada antes de que se haya declarado la muerte por parte de una persona autorizada de conformidad con la ley estatal para hacer dichas declaraciones.

Servicio de ambulancia por alto riesgo

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

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

- Servicio de ambulancia aérea cuando sea Médicamente necesario. Sin embargo, no pagaremos por el servicio de una Ambulancia aérea más de lo que habríamos pagado por el traslado de la misma distancia en un servicio de Ambulancia terrestre, a menos de que por su Afección médica tal servicio de Ambulancia terrestre se considere Médicamente inapropiado.
- Los Servicios de Ambulancia para recién nacidos, que incluye el servicio de ambulancia terrestre o aérea al Centro de atención terciario más cercano cuando sea necesario proteger la vida del recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de Nivel I o Nivel II u otro centro de traumatología/quemaduras designado de acuerdo con los protocolos establecidos de triaje de servicios médicos de emergencia y de tratamiento.
- Los Servicios de ambulancia aérea o de superficie para el transporte de un recién nacido al hospital o unidad de atención especial neonatal más cercanos disponibles para el tratamiento de enfermedad, lesiones, defectos congénitos y complicaciones del parto prematuro. Esto incluye el transporte de la madre del recién nacido, quien debe estar temporal y médicamente discapacitada, lo cual debe ser certificado por su Médico.

Servicios de ambulancia para traslados entre centros

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

- Médicamente necesarios
- Solicitados por su Médico/Proveedor
- Que sea proporcionado por un Servicio de ambulancias autorizado en un vehículo equipado con personal y equipo de salvamento.

Trastorno de déficit de atención

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Tratamiento del linfedema

El tratamiento del linfedema, realizado o recetado por un médico certificado en este estado o recibido en cualquier hospital certificado o en cualquier otro centro público o privado, autorizado para proporcionar tratamiento para el linfedema, incluyendo los sistemas de vendaje compresivo de varias capas o prendas de compresión de gradiente personalizadas o estándar.

Labio leporino/paladar hendido

El tratamiento y corrección del labio leporino y paladar hendido incluye la cobertura de afecciones secundarias y tratamiento atribuibles al diagnóstico primario de labio leporino y paladar hendido incluyendo:

- Cirugía bucal/facial, manejo y seguimiento
- Dispositivos prostéticos
- Tratamiento y manejo de ortodoncia
- Odontología preventiva/restaurativa asociada con tratamiento protésico y/o de ortodoncia
- Evaluación/terapia del habla y el lenguaje
- Evaluaciones audiológicas y dispositivos de amplificación
- Tratamiento de otorrinolaringología
- Evaluación y consejería psicológica
- Asesoría y consejería genética para pacientes y padres

Ensayos clínicos

El Plan brinda cobertura para atención de rutina. Médicamente necesaria dentro de la red, como resultado de la participación del Miembro en un ensayo clínico si:

- El ensayo clínico tiene una intención terapéutica, que incluye prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o afección médica que amenaza su vida;
- El ensayo clínico se proporciona como parte de un ensayo clínico llevado a cabo de acuerdo con un ensayo clínico autorizado o financiado por al menos uno de los siguientes: (a) uno de los Institutos Nacionales de Salud federales, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y Calidad del Cuidado de la Salud o los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid; (b) un centro o grupo cooperativo del Instituto Nacional de Salud federal; (c) la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; (d) el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Energía de los Estados Unidos; (e) una entidad de investigación calificada que cumpla con los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud federales para la elegibilidad de subvenciones; (f) una Junta de revisión institucional de una institución en este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; (g) estudios o investigaciones llevadas a cabo en virtud de una solicitud de nuevo medicamento de investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos y (h) estudios o ensayos de medicamentos en investigación exentos de tener dicha solicitud de nuevo medicamento

en investigación bajo 42 U.S.C. § 300gg-8 (d)(1)(C);

- El personal que provea los ensayos clínicos o que lleve a cabo los estudios (a) acuerda aceptar el reembolso como pago total del Plan y que tal no es mayor que el nivel de reembolso aplicable a otros servicios similares provistos por los Proveedores participantes en la red del Plan; (c) acuerda proveer una notificación por escrito al plan de salud cuando un paciente entre o salga del ensayo clínico;
- De acuerdo con el documento de consentimiento informado del paciente, ningún tercero será responsable por daños asociados con el tratamiento brindado durante una fase de un ensayo clínico.

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

- “Costo de atención médica de rutina al paciente” significa, (1) un servicio o tratamiento médico que es un beneficio en virtud del Plan, el cual se cubriría si el paciente estuviera recibiendo tratamiento estándar contra el cáncer o una enfermedad que ponga en riesgo su vida; o (2) un medicamento que se proporciona a un paciente durante un ensayo clínico si el medicamento ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, ya sea que esa organización haya aprobado o no el medicamento para su uso en el tratamiento de la afección médica particular del paciente, pero solo en la medida en que el fabricante, distribuidor o proveedor del medicamento no realice el pago del mismo. El "Costo de atención médica de rutina al paciente" no incluye (1) el costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación; (2) el costo de un Servicio de atención no médica que el paciente debe recibir como resultado de la participación en el ensayo clínico; (3) los costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico; (4) los costos que el paciente no cubriera si se le brindaran tratamientos que no están en fase de investigación o (5) los costos pagados o no cobrados por los Proveedores de los ensayos clínicos.

Atención médica certificada para enfermos terminales

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

- Los servicios que proporciona un miembro de la familia o alguien que generalmente vive en su casa o la casa de su Dependiente,
- Los Servicios o suministros que no están incluidos en el Programa de atención médica para enfermos terminales,
- Procedimientos curativos o para prolongar la vida,
- Servicios para los cuales se paga cualquier otro beneficio de conformidad con este Plan,
- Servicios o suministros que son principalmente para la asistencia en la vida diaria,
- Suplementos nutricionales, Medicamentos o sustancias sin receta, suministros médicos,

- vitaminas o minerales; o
- Atención médica de relevo.

Servicios de atención médica preventiva

El Plan cubre servicios de atención primaria y de especialidad para atención preventiva y exámenes de salud periódicos. Aunque la Atención preventiva está cubierta sin cargo, puede aplicar un copago por la visita al consultorio, por otros Servicios cubiertos recibidos durante su visita. El Plan también cubre todos los Beneficios de salud esenciales, incluidos los que se indican en este Contrato. No hay costos compartidos por Servicios de atención preventiva por Beneficios de salud esenciales.

Los Servicios de atención preventiva se han determinado según las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPTF, por sus siglas en inglés), el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés).

Servicios preventivos para la detección del cáncer

El Plan cubre pruebas genéticas o moleculares de cáncer que incluyen, entre otras, la secuenciación tradicional del genoma completo, la secuenciación rápida del genoma completo y otros exámenes genéticos y genómicos que incluyen secuenciación individual, secuenciación en trío para uno de los padres del bebé y secuenciación ultrarrápida para un bebé que tiene un año de edad o menos, está recibiendo servicios hospitalarios en una unidad de cuidados intensivos o en una unidad de cuidados pediátricos y tiene una enfermedad compleja de etiología desconocida. La cobertura está sujeta a provisiones de deducibles anuales, coseguro, copago y a los criterios de necesidad médica basados en evidencia.

Servicios de prevención para Miembros adultos:

- Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal con ultrasonografía en hombres entre 65 y 75 años que han fumado alguna vez (prueba única);
- Prueba de detección y consejería sobre abuso de alcohol;
- Uso de aspirina para Miembros de ciertas edades;
- Prueba de detección de presión arterial;
- Prueba de detección de colesterol para Miembros de ciertas edades o que tengan mayor riesgo;
- Prueba de detección de cáncer colorrectal para Miembros a partir de los 45 años, incluyendo una colonoscopia cada 10 años; prueba inmunoquímica fecal (FIT) para detectar sangre; o sigmoidoscopia flexible cada 5 a 10 años, colonografía por TAC cada 5 años o el examen FIT de ADN fecal cada 3 años o colonoscopia por cápsula cada 5 años;
- Prueba de detección de depresión;
- Exámenes de detección de cáncer pulmonar;
- Prueba de detección de la diabetes tipo 2 para miembros con presión arterial alta;
- Consejería nutricional para Miembros que tienen mayor riesgo de enfermedades crónicas;
- Prueba de detección de VIH para todos los Miembros que tienen mayor riesgo;
- Examen de detección de la infección del virus de hepatitis C;
- Vacunas: las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas pueden variar;

- Evaluación/asesoramiento para obesidad;
- Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (STI, por sus siglas en inglés) para miembros con mayor riesgo;
- Prueba de detección de consumo de tabaco para Miembros e intervenciones para ayudar a dejar de fumar a fumadores, incluyendo consejería expandida para fumadoras embarazadas.
- Prueba de detección de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo;
- Prevención de caídas para adultos mayores, incluidos ejercicios o fisioterapia y vitamina D;;
- Consejería de salud mental para personas con cáncer de piel;
- Pruebas de detección de hepatitis B;
- Pruebas de detección de tuberculosis;
- Medicamentos preventivos de estatinas: adultos de 40 a 75 años sin historial de enfermedad cerebrovascular (CVD, por sus siglas en inglés), 1 o más factores de riesgo de CVD, y un evento de riesgo de CVD calculado de 10 años del 10 % o mayor.

Los Servicios de prevención adicionales incluyen, pero no se limitan a:

- Exámenes físicos anuales, uno por Año calendario;
- Materiales educativos o consultas de Proveedores que promueven una vida saludable;
- Prueba oftalmológica de glaucoma periódica para Miembros de treinta y cinco años (35) o mayores;
- Pruebas de detección de laboratorio periódicas, incluidas pruebas que determinan el metabolismo, hemoglobina en la sangre, nivel de glucosa en la sangre y nivel de colesterol en la sangre; y
- Pruebas de detección periódicas radiológicas.
- Medicamentos de venta libre y medicamentos recetados por un Médico/Proveedor;
- Pruebas de detección no invasivas por aterosclerosis y estructura y funcionamiento anormal de las arterias para Miembros que son que tienen diabetes o están en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca y son:
 - Hombres entre las edades de 45 a 76 años y
 - Mujeres entre las edades de 55 y 76 años.

Servicios de prevención específicos para mujeres:

- Prueba de detección de anemia de rutina;
- Prueba de detección de bacteriuria en el tracto urinario u otro examen de detección de infecciones;
- Apoyo integral durante la lactancia, suministros y asesoría;
- Suplementos de ácido fólico para Miembros mujeres que pueden quedar embarazadas;
- Prevención de la preeclampsia;
- Prueba de detección de hepatitis B para Miembros mujeres embarazadas en su primera consulta prenatal;
- Prueba de detección de osteoporosis; y
- Prueba de detección de incompatibilidad RH y pruebas de seguimiento para Miembros con mayor riesgo.
- Prueba de detección de ansiedad en adolescentes y mujeres adultas, incluyendo aquellas

que están embarazadas o en período posparto, según las recomendaciones de la Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (HRSA)

Servicios de prevención para niños

- Servicio de bebé sano y atención del niño sano desde el nacimiento, de acuerdo con las recomendaciones de la Academia de Pediatría de los Estados Unidos;
- Medicamento tópico ocular profiláctico para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia neonatal gonocócica;
- Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas para adolescentes;
- Prueba de detección de autismo para niños;
- Evaluaciones conductuales para niños de todas las edades;
- Prueba de detección de presión arterial;
- Prueba de detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas;
- Prueba de detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos;
- Evaluación para detectar depresión para adolescentes;
- Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años y supervisión durante toda la niñez;
- Prueba de detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos de lípidos
- Suplementos quimiopreventivos de fluoruro para niños con fluoruro en sus fuentes de agua
- Medicamentos preventivos para gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos hasta Miembros de 17 años;
- Medidas de altura, peso e índice de masa corporal para los niños
- Prueba de detección de hematocritos o hemoglobina para niños
- Prueba de detección de hemoglobinopatías o células falciformes para recién nacidos;
- Pruebas de detección de hepatitis B;
- Prueba de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo;
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían
- Suplementos de hierro para niños de seis a 12 meses con riesgo de anemia
- Prueba de detección de plomo para niños que tienen mayor riesgo de exposición
- Historial médico para todos los niños durante el desarrollo
- Evaluación/asesoramiento para obesidad;
- Evaluación de riesgo de salud bucal para niños pequeños (de recién nacidos a 10 años);
- Prueba de detección del trastorno genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) en recién nacidos
- Consejería para la prevención de infecciones transmitidas sexualmente (STI, por sus siglas en inglés) pruebas de detección para adolescentes con mayor riesgo;
- Intervenciones para tratar el consumo de tabaco;
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis;
- Exámenes de la vista para todos los niños
- Materiales educativos o consultas de Proveedores que promueven un estilo de vida saludable, y
- Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo según lo especifica el plan

de servicio familiar individualizado de Intervenciones al principio de la niñez

Terapias complementarias

Servicios quiroprácticos

Los Servicios quiroprácticos están disponibles según la Necesidad médica y en conjunción con un quiropráctico certificado en este estado. No están disponibles para terapia de mantenimiento como ajustes de rutina. Los Servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- La subluxación se debe documentar durante el examen quiropráctico y quedar en el registro quiropráctico. No solicitamos evidencias radiológicas (radiografías) de la subluxación para recibir tratamiento quiropráctico.

La biorretroalimentación solo está cubierta para tratamiento de la enfermedad o el fenómeno de Raynaud e incontinencia urinaria o fecal.

Servicios dentales (Limitados)

Su plan incluye una red de dentistas contratados a los que puede acceder para sus necesidades dentales. No denegamos a ningún dentista el derecho a participar como proveedor contratista ni autorizamos a ninguna persona a regular, interferir o intervenir en el diagnóstico o tratamiento proporcionado por un dentista participante.

No exigimos que el dentista haga u obtenga radiografías dentales o cualquier otra ayuda diagnóstica. Sin embargo, pueden solicitarse para determinar los beneficios pagables.

A los dentistas que participan en la red se les reembolsan según las tarifas habituales y razonables, es decir, se reembolsa a los proveedores según lo que los dentistas suelen cobrar en su área por un servicio igual o similar. Si se requieren servicios de un dentista sin contrato cuando no hay un Proveedor participante no está disponible dentro del Área de servicio, el pago será el mismo o mayor que el que recibiría un dentista participante, pero sin exceder la tarifa cobrada por el dentista por los servicios dentales proporcionados.

Es posible que los servicios dentales de rutina estén cubiertos solo para niños. Los servicios cubiertos por este Contrato están limitados a:

- Servicios de diagnóstico o prevención de caries y otras formas de enfermedades bucales.
 - Exámenes bucales (una vez cada seis meses)
 - Radiografía de aleta de mordida (una vez cada seis meses)
 - Radiografía panorámica (una vez cada seis meses)
 - Aplicación tópica de fluoruro
 - Selladores dentales
 - Mantenedores de espacios
- Servicios para tratar una enfermedad bucal, incluidos los servicios de:
 - Restauración de un diente fracturado o con caries
 - Reparación de dentaduras postizas o puentes
 - Rebasado o reajuste de dentaduras
 - Reparación o recementación de puentes, coronas y sobreincrustaciones
 - Extracción de un diente natural enfermo o dañado

- Servicios y suministros para tratar una enfermedad bucal, incluidos los servicios de:
 - Reemplazo de dientes naturales faltantes con dientes artificiales
 - Extracción de un diente natural enfermo o dañado
 - Restauración de un diente gravemente fracturado o cariado
- Servicios de ortodoncia Médicamente necesarios
- Anestesia para servicios dentales médicamente cubiertos proporcionados en un entorno hospitalario

Los servicios dentales relacionados con una lesión accidental son Servicios cubiertos sin importar la edad.

Esta esta no es una lista exhaustiva de los beneficios y los beneficios dentales del FEDVIP requeridos son proporcionados a niños hasta los 19 años.

Servicios para diabetes

Cuando se usen para tratar la diabetes dependiente de insulina, la diabetes no dependiente de insulina o niveles elevados de glucosa en la sangre inducidos por el embarazo, el Plan cubrirá los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios:

- Monitores de glucosa en la sangre, incluidos los utilizados por personas legalmente ciegas, y tiras reactivas;
- Kits de emergencia de Glucagón;
- Insulina, análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios relacionados;
- Agentes bucales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en la sangre;
- Dispositivos de ayuda para inyectar, incluidos los que se adaptan para satisfacer las necesidades de las personas legalmente ciegas;
- Lancetas y dispositivos para lancetas;
- Dispositivos podiátricos para prevenir complicaciones en los pies, incluyendo zapatos terapéuticos moldeados o calzado profundo, ortopédicos funcionales, plantillas a la medida, reemplazos de plantillas,
- dispositivos de prevención y modificaciones de calzado para la prevención y tratamiento;
- Consultas con el médico y atención médica de seguimiento después del diagnóstico;
- Capacitación para el auto control, incluyendo terapia nutricional médica relacionada con el manejo de la diabetes, consultas médicamente necesarias hasta el diagnóstico de la diabetes; consultas después del diagnóstico de un médico que representen un cambio significativo en el paciente; y visitas para la
- reeducación;
- Jeringas; y
- Tiras de prueba de cetonas y de orina de lectura visual.

Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 si tiene dudas sobre estos requisitos.

El Plan evaluará si es necesario hacer cambios al *Formulario* o al contrato cuando haya equipo nuevo o mejorado autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Este puede incluir aparatos nuevos o mejorados, Medicamentos con receta, insulina o suministros para personas diabéticas. Contacte al Plan o ingrese a Nuestro sitio web en

www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Los exámenes de laboratorio, las radiografías y otras pruebas de diagnóstico son Servicios cubiertos cuando sean Médicamente necesarios y proporcionados de acuerdo con la orden de su Proveedor, que incluyen, pero no se limitan a:

- Pruebas en sangre;
- Análisis de orina;
- Pruebas patológicas;
- Estudios del sueño realizados en casa o en un laboratorio del sueño, acreditado por la Comisión Conjunta o la Academia Estadounidense de Medicina del Sueño (AASM, por sus siglas en inglés);
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios de diagnóstico por imágenes;
- Electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés), electroencefalogramas (EEG, por sus siglas en inglés), y otros procedimientos electrónicos de diagnóstico; y
- Tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés), resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés); y colonoscopías por TC (colonoscopías virtuales).

Algunos Servicios de diagnóstico requieren Autorización previa. Consulte la sección de Autorización previa para obtener más información.

Prueba de biomarcadores

La prueba de biomarcadores estará cubierta para propósitos de diagnóstico, tratamiento, manejo apropiado o monitoreo continuo de la enfermedad o estado de una persona cuando la prueba

proporcione utilidad clínica según lo demuestre a evidencia médica y científica, incluyendo cualquier de los siguientes:

- Indicaciones aceptadas para pruebas diagnósticas aprobadas o autorizadas por la Administración de Alimentos y o pruebas de diagnóstico indicadas para un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Advertencias y precauciones que figuran en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- Determinaciones de cobertura nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o Determinaciones de cobertura local de Contratistas Administrativos de Medicare.
- Lineamientos de práctica clínica reconocidos nacionalmente.

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

Equipo o suministros médicos desechables (excluyendo glucómetro, tiras y lancetas para diabetes) relacionados con y necesarios para la administración de Medicamentos con receta, como jeringas y agujas, y otros equipos o suministros médicos desechables que tienen un propósito médico principal, están cubiertos y estarán sujetos a límites de cantidad razonables, según lo determine el Plan.

Equipo médico duradero

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) es un servicio cubierto cuando es médicamente necesario y tiene una autorización previa del Plan. El equipo debe ser necesario para el caso o estado de salud de una persona.

La cobertura incluye la renta o compra de DME a Nuestra discreción. Algunos ejemplos de DME incluyen, pero no se limitan a:

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

Además de ser Médicamente necesarios y de tener una Autorización previa del Plan, el Equipo médico duradero debe cumplir con los siguientes criterios:

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

Existen algunas exclusiones y limitaciones a la cobertura del DME:

- La cobertura del DME es solamente para equipo médicamente apropiado y no incluye características especiales, mejoras ni accesorios para el equipo a menos que sea Médicamente necesario.
- El Plan cubrirá la renta o compra del DME que sea Médicamente necesario, incluidos su reparación y ajuste. No cubriremos reparaciones que sobrepasen el precio de compra.
- Las reparaciones o reemplazo de DME, está cubierto si es Médicamente necesario, a nuestra discreción, o como consecuencia de un cambio en la Afección médica o física del Miembro. Es posible que se cubra la reparación del DME o de los dispositivos prostéticos u ortopédicos que anteriormente fueron propiedad de un Miembro y que no le fueron suministrados por el Plan, salvo como se define bajo Tratamiento y suministros para la diabetes. La cobertura de estas reparaciones será a Nuestra discreción.
- El Plan cumple con las directrices que establece Medicare en lo relacionado al tiempo de vida del DME. Se espera que el equipo dure al menos 5 años;
- No se cubre el reemplazo por pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción. El Plan tampoco cubrirá el reemplazo en casos donde el paciente venda o regale el equipo de forma inapropiada;
- El Plan no cubre el reemplazo de DME solo por el vencimiento de la garantía, o porque haya disponibilidad de equipo nuevo o mejorado. El Plan no cubre DME duplicado o adicional para comodidad, conveniencia o motivo de viaje del miembro.

Aparatos ortopédicos

Los Aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son Médicamente necesarios. Los Aparatos ortopédicos incluyen soportes y otros dispositivos externos utilizados para corregir una función

corporal, incluida una deformidad de pie equinovaro. Los Aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

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

Dispositivos prostéticos

Las prótesis internas y/o dispositivos y servicios médicos, así como cualquier atención clínica necesaria y dispositivos con o sin extremidades están cubiertos cuando los ordena un Médico y Nosotros otorgamos la Autorización previa. Un miembro puede elegir un dispositivo prostético cuyo precio sea superior al beneficio pagadero y puede pagar la diferencia entre el precio del dispositivo y el beneficio pagadero, sin penalización económica o contractual para el proveedor.

Un Dispositivo prostético externo (EPA, por sus siglas en inglés) está cubierto con Autorización previa y si es Médicamente necesario para el caso o estado de salud de la persona. Los Dispositivos prostéticos externos son substitutos artificiales que se colocan, o se unen a la parte externa del cuerpo; son usados para reemplazar partes faltantes (como una pierna, un brazo o una mano); o se necesitan para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito. Cubriremos prótesis externas que sean necesarias para realizar las actividades cotidianas de la vida diaria. Los soportes se consideran un EPA. (Esto no incluye aparatos de ortodoncia).

Existen algunas exclusiones y limitaciones que se aplican a la cobertura de EPA:

- Si es necesario, este Plan cubrirá el reemplazo de los EPA, a causa del crecimiento normal del cuerpo o por cambios debido a una enfermedad o lesión.
- Cumplimos con las directrices de Medicare para determinar el tiempo de vida de un EPA.
- El Plan cubre EPA prefabricados salvo que existan documentos que respalden que es médicamente necesaria una prótesis hecha a la medida. Esto incluye mejoras o accesorios que no sean para fines terapéuticos.
- No están cubiertos los EPA que tengan como fin poder participar en actividades de recreación o esparcimiento.
- No están cubiertos los EPA que tengan como fin poder practicar algún deporte.
- La reparación o reemplazo de EPA están cubiertos si son médicamente necesarios, según se establece en el Plan.
- No está cubierta la reparación o el reemplazo de los EPA que se perdieron, fueron robados o destruidos.
- El Plan no cubre duplicados ni EPA adicionales para su comodidad o conveniencia.

Dispositivos médicos implantados

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

Audífonos

El Plan cubre Audífonos y ciertos servicios relacionados. Estos servicios incluyen cargos por ajuste y despacho, moldes para el oído, si se consideran necesarios, para mantener el ajuste óptimo de los audífonos; cualquier tratamiento relacionado con los audífonos, incluida la cobertura de habilitación y rehabilitación si es necesario para fines educativos. Los audífonos son equipo médico duradero que tienen un diseño y sistema de circuitos para optimizar la audición y las habilidades auditivas. Los servicios los debe prestar un audiólogo, un distribuidor de audífonos o un Médico. Este beneficio está limitado a un audífono en cada oído, cada tres años. Los implantes cocleares médicamente o audiológicamente necesarios para cada oído con reemplazo interno están Cubiertos por este Plan. Los servicios incluyen cargos por ajuste y despacho, tratamiento de habilitación y rehabilitación, un procesador del habla externo y un controlador con los componentes necesarios y su reemplazo cada tres años.

Los Miembros mayores de 18 años tienen la opción de elegir un audífono cuyo precio es más alto que el beneficio establecido por el Plan a un precio más elevado. La Persona cubierta debe pagarle al Proveedor de audífonos cualquier diferencia que sobrepase el monto permitido.

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

Un error congénito significa una enfermedad causada por una anomalía hereditaria de a química corporal que está presente al nacer y puede resultar en la muerte si no se trata e incluye las siguientes enfermedades: Acidemia glutárica, acidemia isovalérica, enfermedad de la orina de jarabe de arce, acidemia metilmalónica, fenilcetonuria, acidemia propiónica, tirosinemia y defectos del ciclo de la urea. Los errores heredados o genéticos del metabolismo son Afecciones médicas genéticas que ocasionan problemas de metabolismo. La mayoría de las personas con trastornos metabólicos heredados tienen un gen defectuoso que provoca una deficiencia enzimática. Existe una variedad de trastornos metabólicos, pero cada uno de ellos suele ser poco frecuente en la población general. Los trastornos metabólicos heredados se presentan al nacer.

Servicios cubiertos para errores congénitos del metabolismo

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

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

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

médica.

Alimentos médicos especiales para errores congénitos del metabolismo

El Plan cubrirá los Alimentos médicos especiales para el tratamiento de los errores congénitos del metabolismo. Los alimentos médicos especiales incluyen sustancias nutritivas que:

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

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

Servicios de habilitación

Los Servicios y dispositivos de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y las funciones necesarias para la vida diaria. Estas funciones pueden incluir comer y bañarse. El Plan cubre Servicios de habilitación tales como la Fisioterapia y la Terapia ocupacional (en el consultorio y Telesalud), patología del habla y lenguaje y otros servicios para las personas con discapacidades.

Trastorno del espectro autista

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

La cobertura incluye pruebas de detección de bebé sano y niño sano, entre las edades de 18 y 24 meses, para diagnosticar la presencia del Trastorno del espectro autista y tratarlo a través de Terapia física, ocupacional y del habla y el análisis conductual aplicado. Estos servicios únicamente pueden ser provistos por Proveedores certificados, registrados o con licencia. Además, los proveedores deben contar con el reconocimiento y aceptación de un organismo competente de los Estados Unidos o estar certificados como proveedores bajo el sistema de salud militar de TRICARE, o que actúe bajo la supervisión de dicho proveedor.

La cobertura está limitada a todos los servicios generalmente reconocidos en el plan de tratamiento, según lo recete el Médico de atención primaria del Miembro. Los servicios generalmente reconocidos pueden incluir (1) servicios de evaluación; (2) análisis conductual aplicado; (3) entrenamiento conductual y manejo del comportamiento; (4) terapia del habla; (5) terapia ocupacional; (6) fisioterapia; (7) Atención psicológica y psiquiátrica; u (8) medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista. Es posible que algunos servicios necesiten la Autorización previa del Plan.

Servicios de atención médica en el hogar

Los Servicios de atención médica en el hogar que son Médicamente necesarios se cubren bajo ciertas condiciones. Debe estar confinado en su hogar, requerir atención especializada y no poder recibir atención médica como paciente ambulatorio. No es necesario estar confinado en un hospital u otro centro de atención médica. Los Servicios de atención médica en el hogar los debe proporcionar un Proveedor calificado y autorizado. La cobertura es limitada en virtud de este Plan. Revise su *Programa de beneficios* para obtener detalles.

Los servicios de atención médica en el hogar pueden incluir:

- Visitas de enfermeros profesionales, que incluye, pero no se limita a enfermeros registrados, enfermeros profesionales autorizados y otros profesionales de la atención médica participantes, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, patólogos del habla, asistentes de la atención médica en el hogar, trabajadores sociales y dietistas;
- La administración o el uso de suministros médicos consumibles y DME por parte de personal profesional durante una visita de atención médica en el hogar autorizada;
- Terapia de infusión en el hogar; y
- Medicamentos cubiertos y medicamentos recetados por un proveedor participante durante el tiempo que duren los servicios de atención médica en el hogar.

El Plan cubrirá la fisioterapia, la terapia ocupacional, respiratoria y del habla que se provea en el hogar. Estos están limitados a los servicios prestados en la orden por escrito de un proveedor siempre que la orden se renueve al menos cada sesenta (60) días.

Servicios para pacientes hospitalizados

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

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen:

- Habitación semiprivada y alimentación;
- Uso de servicios de la Unidad de cuidados intensivos;
- Pruebas previas a la hospitalización;
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos y quimioterapia;
- Comidas;
- Suplementos dietéticos y nutricionales especiales que son Médicamente necesarios;
- Vendajes y yesos;
- Atención de enfermería general y enfermería para servicios especializados Médicamente necesarios;
- El uso de la sala de operaciones e instalaciones relacionadas;
- Sangre completa y sangre, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazados por o para el Miembro;
- Administración de sangre completa y plasma sanguíneo;
- Radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios de diagnóstico;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Terapia por inhalación (terapia respiratoria);

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

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

Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados

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

Los servicios que el Plan cubre incluyen:

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

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

Servicios médicos para pacientes hospitalizados

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

- Diagnóstico;
- Terapéuticos;
- Médicos;
- Quirúrgicos;
- Preventivos;
- Remisión; y
- Servicios de atención médica de asesoramiento.

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los Servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de rehabilitación aguda. Estos servicios deben ser Médicamente necesarios. Estos servicios también son Servicios cubiertos para niños con retrasos en el desarrollo e incluyen evaluaciones y servicios de terapia ocupacional; evaluaciones y servicios de fisioterapia; evaluaciones y servicios de terapia del habla; y evaluaciones alimentarias o nutricionales.

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

- Habitación semiprivada y alimentación;
- Servicios médicos;
- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de terapia especializada, (fisioterapia, terapia ocupacional, y del habla (PT/OT/ST, por sus siglas en inglés));
- Servicios de equipo multidisciplinario (servicios de dietista y trabajadores sociales médicos (MSW, por sus siglas en inglés));
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos;
- Comidas, incluida la dieta Médicamente necesaria y los suplementos nutricionales;
- Radiografías, pruebas de laboratorios y otros servicios de diagnóstico; y
- Terapia de oxígeno y terapia por inhalación (servicios de terapia respiratoria).

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

Servicios de interpretación para las personas sordas o con dificultades de la audición

Incluye la cobertura de gastos incurridos por cualquier Miembro que sea sordo o tenga dificultades auditivas para servicios realizados por un intérprete/traductor calificado, diferente a un familiar del Miembro, cuando el Miembro utilice dichos servicios en relación con consultas de tratamiento o diagnóstico médico llevadas a cabo por un Proveedor de atención médica.

Terapia de oxigenación hiperbárica

La Terapia de oxigenación hiperbárica es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una Afección médica reconocida como una de las indicaciones aceptadas dentro de las definiciones del Comité de Terapia de Oxigenación Hiperbárica (Hyperbaric Oxygen Therapy Committee) de la Sociedad Médica Subacuática e Hiperbárica (UHMS, por sus siglas en inglés). La Terapia de oxigenación hiperbárica se excluye para cualquier otra Afección médica. La terapia de oxigenación hiperbárica requiere Autorización previa. Para que los servicios puedan ser cubiertos, los mismos deben ser prestados por un Proveedor participante.

Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, alcoholismo y abuso de sustancias

Servicios por abuso de alcohol y de sustancias

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

Los Servicios para pacientes hospitalizados incluyen la Hospitalización para la desintoxicación por Abuso de alcohol y drogas y Hospitalización parcial. Los servicios para pacientes

hospitalizados requieren Autorización previa y todos los servicios los debe prestar un Proveedor autorizado y calificado.

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

Tratamiento de salud conductual

Este Plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento de Trastornos conductuales o trastornos por Enfermedad mental en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Los Servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización, y terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés). Los servicios para pacientes hospitalizados y de ECT requieren Autorización previa y todos los servicios los debe prestar un Proveedor autorizado y calificado. La estadía continua debe cumplir con los criterios de necesidad médica y cualquier requisito de las leyes estatales vigentes.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen evaluación, terapia y consejería individual, grupal, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés), terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés) y manejo de medicamentos. Todos los servicios de atención médica en el hogar los debe proporcionar un Proveedor calificado y autorizado.

Suplementos y apoyo nutricional

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

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

Algunos Suplementos y Apoyo nutricional requieren Autorización previa; consulte la sección de Autorización previa para obtener más información.

Evaluación nutricional

El Plan cubre evaluaciones y asesoramiento nutricional para el manejo médico de una enfermedad documentada. Esto incluye la cobertura por obesidad. Estos servicios deben

obtenerse de un proveedor autorizado y calificado o de un dietista registrado. Consulte la sección de Exclusiones de este Contrato para obtener más información.

Tumores metastásicos o irresecables

El Plan cubre tumores metastásicos o irresecables u otros cánceres avanzados con un medicamento médicamente necesario recetado por un médico si dicho medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento de la mutación específica del cáncer del paciente, incluso si el tratamiento es para un tipo diferente de tumor. Se incluye la cobertura de un período inicial de tratamiento de tres (3) meses. La cobertura continuará después del período inicial de tratamiento, si el médico tratante certifica que el medicamento es médicamente necesario según la mejoría documentada del paciente.

Medicamentos orales contra el cáncer

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

Cirugía bucal

El Plan cubre beneficios de Cirugía bucal solo para los siguientes servicios o procedimientos:

- Extirpación de tumores o quistes (excluidos los quistes odontogénicos) de los maxilares, encías, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca.
- Extracción de dientes impactados.
- Atención dental y tratamiento, incluyendo Cirugía y aparatos dentales requeridos para corregir Lesiones accidentales de los maxilares, encías, mejillas, labios, lengua, paladar o suelo de la boca y de los dientes naturales sanos. (En esta sección, los dientes naturales sanos incluyen aquellos que están recubiertos, coronados o unidos mediante una corona o funda a un puente y pueden tener rellenos o un tratamiento de canales).
- Escisión de exostosis o tori de los maxilares y del paladar duro.
- Incisión y drenaje de abscesos y tratamiento de la celulitis.
- Incisión de senos accesorios, glándulas y conductos salivales.
- Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados arriba cuando los proporcione un cirujano bucal.
- Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados arriba, cuando la administre un dentista que posea todos los permisos o formación necesarios para administrar dicha anestesia.
- Anestesia cuando se proporcione en un Entorno hospitalario y para los gastos hospitalarios asociados cuando el estado mental o físico del Miembro requiera que el tratamiento dental se preste en un Entorno hospitalario. Los beneficios de anestesia no están disponibles para el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
- Los beneficios están disponibles para servicios dentales no cubiertos de otro modo por el Plan, cuando se requieran específicamente para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los beneficios están limitados a la preparación para o para seguimiento de radioterapia que involucra la boca.

Servicios médicos para pacientes ambulatorios

El Plan cubre hospitalización y/o procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser Médicamente necesarios y recetados por su Proveedor de atención primaria o un Profesional de la atención de la salud que brinde tratamiento. Los servicios pueden prestarse en un Hospital; el consultorio de un Médico; o cualquier otro centro autorizado apropiado. El Proveedor que presta los servicios debe estar autorizado para ejercer, y debe hacerlo conforme a la autoridad conferida por el plan de atención médica, un grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad, según lo que determine la ley de estado.

Los Servicios de hospital para pacientes ambulatorios o los Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios pueden incluir:

- Servicios de médico atención primaria y especialista;
- Servicios para pacientes ambulatorios prestados por otros proveedores;
- Pruebas previas a la hospitalización;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de laboratorio, de diagnóstico por imágenes y de radiología;
- Servicios de radiología terapéutica;
- Servicios prenatales;
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional;
- Servicios de atención médica en el hogar, según lo que disponga o indique el Médico, u otra autoridad que el Plan designe;
- Servicios preventivos obligatorios por ley, que incluyen ciertos exámenes periódicos de salud para adultos, vacunas para niños, cuidado del niño sano desde el nacimiento, exámenes de detección de cáncer relacionados con mamografías, cáncer de próstata o cáncer colorrectal, exámenes de ojos y oídos para niños de hasta 17 años y vacunas para adultos;
- Tratamiento para trastorno genético fenilcetonuria (PKU, por sus siglas en inglés) y otros trastornos genéticos;
- Consultas de salud mental para pacientes ambulatorios;
- Servicios de emergencia;
- Servicios de médicos y cirujanos;
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología;
- Pruebas prequirúrgicas,
- Sangre completa, incluido el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazables por o para el Miembro,
- Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos;
- Vendajes, yesos y servicios de bandejas esterilizadas;
- Suministros médicos;
- Servicio privado de enfermería;
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento, servicios de cirugía ambulatoria, servicios de diagnóstico (incluidos los servicios de laboratorio, radiología y de diagnóstico por imágenes); y
- Anestésicos y/o servicios de anestesia;
- Pruebas de diagnóstico de COVID-19, pruebas de anticuerpos y medicamentos

antivirales cuando los ordene un médico.

Algunos Servicios de hospitalización y/o procedimientos para pacientes ambulatorios requieren Autorización previa; consulte la sección de Autorización previa para obtener más información.

Servicios del médico/proveedor

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

Visitas al consultorio médico

El Plan cubrirá servicios de Atención primaria y de especialidad para el diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Las Visitas al consultorio del médico de atención primaria y especialista no están sujetas al deducible, además de:

- Quimioterapia realizada en el Consultorio de un médico
- Otros artículos enumerados el *Resumen de beneficios y cobertura*.

Tratamiento de alergias

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

Segundas opiniones

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

Fármacos/medicamentos con receta

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

Usamos un *Formulario* que es una lista de Medicamentos con receta e infusiones intravenosas cubiertos por el Plan. El *Formulario* incluye medicamentos para una variedad de estados y condiciones de la enfermedad. El *Formulario* se actualiza con frecuencia. Usted puede ver el *Formulario* en Nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 y preguntar por un Proveedor participante. El *Formulario* se revisa y actualiza periódicamente para asegurar que se utilicen las terapias con medicamentos más actuales y clínicamente apropiadas. Cualquier medicamento o infusión intravenosa que figure en el *Formulario* cuando usted inicie el plan, estará a su disposición hasta que finalice el contrato en el que usted se encuentra.

Antes de un cambio en la cobertura de un medicamento con receta o infusión intravenosa en particular para el cual el Miembro ha estado cubierto durante al menos los sesenta (60) días

precedentes, el Plan proporcionará un aviso del cambio propuesto en no menos de sesenta (60) días antes de la fecha efectiva del cambio. Además, el Miembro tiene derecho a apelar el cambio propuesto durante el periodo de notificación de sesenta (60) días.

En ocasiones es Médicamente necesario que un Miembro use un medicamento e infusiones intravenosas que no están en el *Formulario*. Cuando esto ocurra, el Médico que receta puede solicitar una excepción de la cobertura a través del Centro de excepciones de farmacia del Plan. Además, algunos de los medicamentos o infusiones intravenosas del *Formulario* podrían requerir una Autorización previa, un requisito de terapia escalonada o podrían tener límites de cantidad antes de la cobertura. Consulte la Sección de Exclusiones para obtener más información sobre los Medicamentos con receta que no están Cubiertos. Si tiene preguntas sobre el *Formulario* o sobre sus beneficios de Medicamentos con receta, llame a Servicio al Miembro para obtener ayuda. Puede encontrar información adicional sobre sus Gastos compartidos de Medicamentos con receta, incluidos los Copagos, Límites de desembolso directo, Limitaciones y exclusiones en el *Programa de beneficios*. Puede encontrar información sobre el Programas para hacer pedidos por correo en <https://www.christushealthplan.org/member-resources/pharmacy>.

Cualquier impuesto sobre ventas aplicable a los Medicamentos con receta se incluirá en el costo de los Medicamentos con receta para determinar el Coseguro del Miembro y Nuestra responsabilidad financiera. Cubriremos el costo del impuesto sobre ventas aplicado a los Medicamentos con receta elegibles, a menos que el Costo total del Medicamento con receta sea inferior al Copago del miembro, en cuyo caso, el Miembro deberá pagar el costo del Medicamento con receta y el impuesto sobre ventas.

El protocolo de terapia escalonada cumple con todos los requisitos obligatorios, que incluyen poner a su disposición un proceso de solicitud de excepciones, así como de informarle sus derechos de apelación acelerada sobre una determinación adversa y sus derechos de una revisión de una la revisión externa para denegaciones de solicitudes de excepción. Sus solicitudes de aprobación o denegación acelerada de una terapia escalonada o de anulación de un primer protocolo fallido recibirán respuesta en un plazo de setenta y dos horas a partir de su recepción. En los casos en que existan circunstancias apremiantes, la aprobación o denegación se completará en las veinticuatro horas siguientes a la recepción. Si el plan de salud no cumple los plazos proporcionados, la solicitud de anulación se considerará aprobada.

Se concederá rápidamente una anulación del protocolo de Terapia escalonada si el proveedor, utilizando evidencias clínicas sólidas, puede demostrar cualquiera de los siguientes:

- El tratamiento preferido requerido en virtud del protocolo de terapia escalonada o de "fallar primero" ha resultado ineficaz en el tratamiento de la enfermedad o afección médica del paciente.
- El paciente ha probado el medicamento con receta requerido mientras estaba cubierto por su seguro médico o plan de cobertura médica actual o anterior, u otro medicamento con receta de la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y el medicamento con receta se suspendió debido a la falta de eficacia o efectividad, a la disminución del efecto o a un evento adverso.
- Se espera razonablemente que el tratamiento preferido requerido en el protocolo de terapia escalonada o de "fallar primero" según las características físicas o mentales

relevantes conocidas y de los antecedentes médicos del paciente, así como de las características conocidas del régimen farmacológico.

- El tratamiento preferido requerido en el protocolo de terapia escalonada o de "fallar primero" está contraindicado o probablemente causará una reacción adversa o daño físico o mental al paciente.
- El paciente está teniendo actualmente un resultado terapéutico positivo con un medicamento con receta para la afección médica considerada si, mientras estaba en su plan de cobertura médica actual o en el plan de cobertura médica inmediatamente anterior, el paciente recibía cobertura para el medicamento con receta.
- El medicamento con receta requerido no produce un beneficio al paciente en función de la necesidad médica, tal y como demuestra la documentación válida presentada por el proveedor.

En caso de denegación, se comunicará al miembro y al médico que receta el medicamento el motivo de la denegación, un medicamento alternativo cubierto e información sobre el procedimiento de apelación de la denegación, si procede.

La aprobación de una solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada o de "fallar primero" incluirá una autorización clara de cobertura del medicamento con receta prescrito por el proveedor del paciente, siempre y cuando el medicamento esté cubierto por el plan de cobertura de salud.

La denegación de una solicitud de anulación del protocolo de terapia escalonada o de "fallar primero" no se considerará una determinación adversa definitiva y podrá ser objeto de una apelación de la determinación de cobertura.

Los protocolos de terapia escalonada o de "fallar primero" no son requeridos para el tratamiento de cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o afecciones asociadas si se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- El medicamento o régimen farmacológico prescrito tiene la indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.
- El fármaco o régimen farmacológico prescrito tiene la indicación del Compendio de fármacos y productos biológicos de la Red Nacional Integral para el Cáncer (National Comprehensive Cancer Network).

El medicamento o régimen farmacológico prescrito está respaldado por literatura médica revisada por pares y basada en la evidencia.

Algunos Medicamentos con receta pueden estar limitados a una Farmacia especializada o a una farmacia específica, según la aprobación de la FDA. El Gasto compartido por medicamentos de especialidad está limitado a \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Estos medicamentos se designarán en el *Formulario* con tales limitaciones.

Si un Miembro recibió atención médica de emergencia fuera del área y se le surtió una receta, el Plan requiere que el Reclamo se presente para su reembolso a más tardar 1 año (365 días) después de la fecha del servicio. El Reclamo debe contener una declaración detallada de los gastos.

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

- el Copago;
- el Monto del reclamo permitido para el Medicamento con receta; o
- el monto que pagaría por el Medicamento con receta si usted lo compró sin usar su cobertura médica.

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

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

Hemos establecido un plan de sincronización de medicamentos. Este plan se estableció con el propósito de sincronizar el surtido o los nuevos surtidos de múltiples recetas.

Los montos de Gastos compartidos de este Plan pueden dar lugar a una sobrecarga de costos para el consumidor por los medicamentos con receta cubiertos. *Exceso de costo para el consumidor* significa una cantidad cobrada a un Miembro por un Medicamento con receta cubierto que es superior a la cantidad que el Plan paga, o pagaría en ausencia del gasto compartido del Miembro, después de tener en cuenta la estimación del Plan de al menos el cincuenta por ciento de los futuros pagos de reembolsos por el reclamo de Medicamento con receta real del Miembro en el punto de venta.

Cirugía reconstructiva

Este Plan cubrirá los servicios Medicamento necesarios para cirugía por medio de los cuales se puede esperar una mejora razonable en la función fisiológica y que se lleven a cabo para la corrección de los trastornos funcionales que resultan de una lesión accidental o de defectos congénitos o enfermedad.

Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales

El Plan cubre la "cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales". Esta es una cirugía para mejorar la función de, o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal causada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumas, tumores, infecciones o enfermedades.

Terapia de rehabilitación

La Terapia de rehabilitación incluye fisioterapia, terapia del habla, ocupacional, y terapia cardíaca y pulmonar. El Plan cubre estas terapias cuando se haya determinado que se puede esperar que causen una mejora significativa de la Afección física de un Miembro. Estos servicios

podrían necesitarse como resultado de una lesión, cirugía o una Afección médica aguda. Se proporciona terapia ocupacional relacionada para capacitar a los miembros a fin de que puedan desempeñar sus actividades cotidianas.

Centro de enfermería especializada

Su Plan cubre los Servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada. Estos servicios deben ser Médicamente necesarios, tener una autorización previa y que los preste un Proveedor autorizado y calificado. Los Servicios cubiertos están limitados según lo establecido en el *Programa de beneficios* e incluyen:

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

Programa/Asesoría para dejar de fumar

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

Servicios de diagnóstico necesarios para identificar el consumo de tabaco, las Afecciones médicas relacionadas con el consumo y la dependencia.

La consejería grupal, incluidas las clases o una Línea de ayuda para dejar de fumar están cubiertas a través de un Proveedor participante. No se aplican Gastos compartidos y no hay límite monetario ni máximos de consultas.

Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Trasplantes

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

El receptor de un trasplante de órgano debe ser un miembro al momento de la prestación de los servicios. El término receptor se define para incluir a un miembro que recibe servicios autorizados relacionados con el trasplante durante cualquiera de lo siguiente: (a) evaluación, (b) candidatura, (c) evento de trasplante o (d) atención posterior al trasplante. La cobertura está sujeta a las condiciones y limitaciones descritas en el *Programa de beneficios* y en este Contrato.

Definición de servicios de trasplante

Los servicios de trasplante incluyen servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios para el receptor. Este Plan cubre también la obtención de órganos que se requieren para el trasplante de órganos, hueso o tejidos de persona a persona.

Los tipos de trasplantes de órganos humanos sólidos cubiertos incluyen, pero no están limitados a, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado, algunos intestinos, páncreas y otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos que Nosotros determinamos que se han convertido en una práctica estándar y eficaz y que han sido determinados como procedimientos eficaces por la literatura de revisión por pares, así como por otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos casos de órganos sólidos se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejidos cubiertos incluyen, entre otros, las transfusiones de sangre, los trasplantes autólogos de paratiroides, trasplantes corneales, los injertos de hueso y cartílago, los injertos de piel, los trasplantes autólogos de células de islotes y otros procedimientos de trasplante de tejidos que Nosotros determinemos que se han convertido en una práctica estándar y eficaz y que hayan sido determinados como procedimientos eficaces por la literatura de revisión por pares, así como por otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos procedimientos de trasplante de tejidos se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejido cubiertos incluyen, entre otros, los trasplantes de médula ósea alogénicos, autólogos y singénicos, incluidos los trasplantes en tándem, los minitrasplantes (transplant lite) y las infusiones de linfocitos de donantes. También se cubren otros procedimientos de trasplante de médula ósea que Nosotros determinamos que se han convertido en una práctica estándar y eficaz y que han sido determinados como procedimientos eficaces por la literatura de revisión por pares, así como por otros recursos utilizados para evaluar nuevos procedimientos. Estos procedimientos de trasplante de médula ósea se determinarán caso por caso.

Autorización previa

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

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

Costo de la adquisición de órganos

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

Viaje para obtener un trasplante

Los gastos de viaje incurridos en relación con un trasplante con autorización previa se cubren hasta \$10,000 de por vida. Los beneficios para el transporte, alojamiento y alimentación están a disposición de los Miembros solo si son receptores de un trasplante de órgano/tejido con

Autorización previa de un Proveedor aprobado por el Plan. El viaje para trasplante debe tener una autorización previa del Pan.

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

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

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

Los siguientes gastos de viaje se excluyen de la cobertura:

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

Medicamentos inmunosupresores para los trasplantes de órganos

El Plan cubrirá medicamentos inmunosupresores como paciente hospitalizado para procedimientos de trasplante de órganos, tejido y médula ósea. Los Medicamentos con receta podrían estar cubiertos. Consulte su *Programa de beneficios* para obtener información sobre sus beneficios de Medicamentos con receta.

Atención médica para la vista (Pediátrica)

Este plan cumple con los requisitos de FEDVIP 2014 para planes de beneficios para la vista

- Un examen ocular de bienestar cada doce (12) meses.
- Un par de anteojos (montura y lentes) o lentes de contacto, en lugar de anteojos, cada doce (12) meses.
 - Opciones de lentes de vidrio o plástico, lentes lenticulares, tinte de moda y degradado, recubrimiento protector ultravioleta, lentes de sol graduadas de gran tamaño y color gris cristal #3, lentes de policarbonato, recubrimiento resistente a rasgaduras y beneficios para visión reducida.
 - Reparaciones menores para los anteojos, cubiertas en su totalidad.
 - Reemplazo de lentes y montura, cubierto en su totalidad.
- Una evaluación integral para visión reducida cada cinco (5) años, incluyendo ayudas para visión baja y cuatro (4) visitas de seguimiento.

Atención médica para mujeres

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

El Plan cubre ciertos servicios relacionados con la atención médica para mujeres. Algunos de los Servicios cubiertos son:

- Atención prenatal, incluidos los suplementos nutricionales que sean Medicamento necesarios y recetados por un Médico;
- Servicios de apoyo de maternidad proporcionados por una Doula.
- Mamografías o ultrasonidos de las mamas para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a mamografías de baja dosis, incluidas las digitales y las mamografías o tomosíntesis mamarias, realizadas en un centro de diagnóstico por imagen designado. Como mínimo, el Plan cubrirá una mamografía anual a partir de los treinta y cinco (35) años; a las mujeres con susceptibilidad hereditaria por ser portadoras de una mutación patógena o por haber recibido radiación en la pared torácica, una resonancia magnética anual a partir de los veinticinco (25) años y una mamografía anual a partir de los treinta (30) años. Mamografía anual (DBT como modalidad preferida) y acceso a pruebas de imagen complementarias a partir de los treinta y cinco (35) años por recomendación de su médico si la mujer tiene un riesgo previsto a lo largo de su vida superior al veinte por ciento según cualquier modelo validado publicado en la literatura médica revisada por expertos. Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.
- Exámenes citológicos (pruebas de Papanicolaou) que incluyen una prueba de detección del virus del papiloma para determinar la presencia de condiciones médicas precancerosas o cancerosas y otros problemas de salud, al igual que el examen de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más; y para mujeres que están en riesgo de tener cáncer o en riesgo de otros tener padecimientos de salud que pueden identificarse a través de un examen citológico;
- La vacuna contra el virus del papiloma humano está disponible para miembros de sexo femenino de nueve (9) a catorce (14) años;
- Pruebas genéticas de cáncer de seno y de ovario (BRCA1 y BRCA2) y asesoramiento genético basado en el historial familiar.
- Prueba de detección de diabetes gestacional;
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Evaluaciones y asesoramiento por violencia y abuso interpersonal y doméstico;
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención médica como paciente hospitalizado después de una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención médica como paciente hospitalizado después de la disección de los ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de seno; y
- Servicios relacionados con mastectomía que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema, mastectomías profilácticas contralaterales, y una mastectomía parcial (una mastectomía completa unilateral o bilateral según elijan la paciente y el médico), acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica calificada para mujeres Miembro.
- Diagnóstico por imagen, como mamografía diagnóstica o ecografía mamaria de detección, para el cáncer de mama, diseñado para evaluar una anomalía.

- La cobertura del diagnóstico por imagen se proporciona al mismo nivel que el del examen mínimo de mamografía.

Atención médica para la maternidad

La Atención de maternidad está cubierta tal como se muestra en su *Programa de beneficios*. Usted tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad que se indican en esta sección. El Plan podría requerir una Autorización previa para los Servicios cubiertos para pacientes hospitalizadas antes de que se brinden tales servicios; sin embargo, con la excepción de que no se requiera autorización previa para (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención para pacientes hospitalizadas después de un parto vaginal o noventa y seis (96) horas de atención para pacientes hospitalizadas después de una cesárea o (2) atención posparto.

Atención médica prenatal para maternidad

La cobertura de Atención médica prenatal incluye:

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

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

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

Atención obstétrica

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

Servicios prestados por una enfermera partera certificada autorizada

Los servicios de una Enfermera partera certificada autorizada están cubiertos, sujetos a las siguientes Limitaciones:

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

Servicios para el parto

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

El transporte, incluido el transporte aéreo hacia el Centro de atención médica más cercano disponible debidamente autorizado, está a disposición para mujeres embarazadas médicamente de alto riesgo con un parto inminente de un bebé potencialmente viable. Cuando sea necesario proteger la vida del bebé, se cubre el transporte, incluido el transporte aéreo, al Centro de atención médica terciaria disponible más cercana.

Atención posparto

La Atención médica para la maternidad incluye visitas posparto. Se cubre la atención posparto en el hogar de acuerdo con las evaluaciones aceptadas del Médico materno y neonatal, por una persona con la acreditación, capacitación y experiencia apropiadas para proporcionar atención posparto. Los servicios prestados por dicha persona incluirán, pero no se limitarán a, la educación para padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y con biberón y la realización de las pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

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

apropiadas para brindar atención posparto.

Apoyo, suministros y asesoría durante la lactancia

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

- El Miembro debe tener una receta para obtener un extractor manual de leche, suministros y asesoramiento para demostrar que dio a luz.
- El miembro recibirá un (1) extractor manual de leche. Se permite un (1) reemplazo del extractor manual de leche para cada parto posterior. Se permite un reemplazo del juego de suministros asociados por Miembro, por año. Los suministros incluyen artículos como extractor de leche, tubos y paños.
- Si se considera Medicamento necesario que el miembro use un extractor de leche eléctrico, el beneficio del Equipo médico duradero del Miembro se aplicaría y podría incluir un costo compartido.
- Los servicios de asesoría de lactancia están limitados a una duración de un año.

Prueba de detección IV de alfafetoproteína

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

Cobertura para hijos recién nacidos y adoptados

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

Suplementos nutricionales

Este beneficio de maternidad incluye la cobertura de los suplementos nutricionales médicamente necesarios que figuran en la *Lista de medicamentos* (según las indicaciones del profesional/Proveedor participante que lo atiende). Este Plan también cubre beneficios para pacientes hospitalizadas y ambulatorias hasta por dos meses para leche humana pasteurizada de donante médicamente necesaria por prescripción del pediatra del bebé o un proveedor pediatra certificado, en la que se declare que el bebé es médica o físicamente incapaz de recibir leche materna o de participar en la lactancia, o que la madre del bebé es médica o físicamente incapaz de producir leche materna en cantidades suficientes. Esta leche humana de donante solo puede obtenerse de un banco miembro de la Human Milk Banking Association of North America.

Beneficios adicionales de atención médica para mujeres

Cobertura para osteoporosis

Los servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y manejo apropiado de la osteoporosis cuando sea Medicamento necesario para las siguientes Personas calificadas:

- Una mujer con deficiencia de estrógenos con riesgo clínico de osteoporosis que está considerando un tratamiento;

- Una persona que recibe una inyección de esteroides a largo plazo; y
- Una persona sometida a seguimiento para evaluar la respuesta o la eficacia de tratamientos farmacológicos aprobados para la osteoporosis.

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR

CHRISTUS Health Plan Louisiana es un afiliado de un sistema católico de atención médica, que se adhiere a las directrices éticas y religiosas para los Servicios católicos de atención médica. Basados en nuestras creencias religiosas, no podemos promover ni condonar la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen la esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier asesoramiento o referencia para tales servicios, cuando se lleven a cabo con fines de planificación familiar. Sin embargo, la ley federal designa a algunos de estos servicios como Beneficios médicos esenciales cubiertos para mujeres con capacidad reproductiva; estos servicios cubiertos pueden incluir:

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

Estos servicios están cubiertos sin que el miembro pague un Copago o Deducible cuando un proveedor dentro de la red los preste, incluso si usted no ha alcanzado su Deducible.

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

Si usted necesita estos servicios, consulte a su proveedor de atención primaria.

AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle de cierta cobertura y/o ciertos beneficios que su Contrato con Nosotros le provee.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estadía mínima de paciente hospitalizado: Si debido al tratamiento del cáncer de seno, cualquier persona cubierta por nosotros tiene una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos,

proporcionaremos cobertura para la atención médica como paciente hospitalizado por un mínimo de:

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

No se requiere la cantidad mínima de horas de hospitalización si la persona que recibe el tratamiento y el médico a cargo determinan que es adecuado un período más corto de hospitalización.

Prohibiciones: No podemos (a) denegar la elegibilidad o la elegibilidad continuada de cualquier persona cubierta o la renovación de este plan solo para evitar proporcionar el mínimo de horas de hospitalización; (b) proporcionar pagos de dinero o bonificaciones para alentar a cualquier persona cubierta a aceptar menos que el mínimo de horas de hospitalización; (c) reducir ni limitar el monto pagado al médico a cargo, ni penalizar al médico de algún modo, porque el médico requirió que una persona cubierta reciba el mínimo de horas de hospitalización; ni (d) proporcionar incentivos económicos o de otra índole al médico a cargo para alentar al médico a proveer atención médica menor que el mínimo de horas.

Cobertura y/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía

La cobertura y/o los beneficios se proveen a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía. Se cubrirán todas las fases de la reconstrucción de la mama en la que se haya practicado una mastectomía, incluidas, entre otras, las siguientes

- liposucción realizada para la transferencia a una mama reconstruida o para reparar una deformidad de la zona donante;
- tatuaje de la areola del seno;
- ajustes quirúrgicos de la mama no mastectomizada; y
- complicaciones médicas imprevistas, que pueden requerir una reconstrucción adicional en el futuro, y prótesis y complicaciones físicas, incluidas, entre otros, los linfedemas.

La cobertura y/o los beneficios se deben proveer de una manera apropiada en consulta con la persona cubierta y el médico que brinda tratamiento. La decisión de someterse a una mastectomía y/o procedimiento reconstructivo la toma únicamente la paciente. La cobertura y/o los beneficios se proveen a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, y que incluye:

- todas las fases de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico; y
- prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas, en todas las fases de la mastectomía.
- y mastectomías profilácticas contralaterales.

Cobertura y/o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía

CHRISTUS cubrirá las pruebas preventivas anuales de detección de cáncer para un Miembro al que se le haya diagnosticado anteriormente cáncer de mama, haya completado el tratamiento para el cáncer de mama, se haya sometido a una mastectomía bilateral y posteriormente se haya determinado que no tiene cáncer.

Además, su Contrato, según lo dispuesto por Ley de Derechos de la Mujer relativos a la Salud y al Cáncer promulgada en el año 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998), proporciona beneficios por servicios relacionados con una mastectomía, incluida la cirugía y reconstrucción para lograr una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de complicaciones de la mastectomía (incluidos los linfedemas y mastectomías profilácticas contralaterales).

Prueba para la detección del cáncer de próstata

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

- un examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
- Una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que tenga
 - Al menos 50 años; o
 - Al menos 40 años con un historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata
- cobertura para una segunda visita de seguimiento médicamente necesaria en un plazo de sesenta (60) días

Cobertura y/o Beneficios para preservación de la fertilidad en pacientes con cáncer

CHRISTUS cubrirá los servicios de preservación de la fertilidad están incluidas para las Personas cubiertas a las que se les haya diagnosticado o estén sometidas a un tratamiento médico contra el cáncer que pueda causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica. Cubriremos el coste asociado al almacenamiento de ovocitos y espermatozoides durante un mínimo de 3 años.

Estadía de paciente hospitalizada después del nacimiento del bebé

Por cada persona cubierta por los beneficios de maternidad/parto, proporcionaremos la atención como pacientes hospitalizados para la madre y el niño recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

- 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones.

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

Si a una madre o a su bebé recién nacido, ambos con cobertura, se les da el alta antes de que hayan finalizado las 48 o 96 horas, les proveeremos cobertura para la atención médica posparto. La atención médica posparto incluye la educación parental, la ayuda y la capacitación para la lactancia, ya sea por amamantamiento o alimentación con biberón y que se hagan todas las pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención será provista por un médico, un enfermero registrado u otro proveedor médico autorizado apropiadamente, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor médico o en el centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos (a) modificar los términos de esta cobertura en base a la solicitud de

cualquier persona cubierta por una cobertura menor que la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación por renunciar a la cantidad mínima de horas requeridas; (c) negarnos a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de atención médica como paciente hospitalizado en consulta con la madre si el período recomendado por el médico no excede las directrices para la atención médica prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales reconocidas en el ámbito nacional de obstetras y ginecólogos o pediatras; (d) reducir los pagos o los reembolsos por debajo de la tarifa usual y habitual; ni (e) penalizar a un médico por recomendar la atención hospitalaria para la madre o el bebé recién nacido.

Cobertura de las pruebas para la detección de cáncer colorrectal

Los beneficios se proveen a cada persona inscrita en el plan que tenga 45 años o más y con un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, por los gastos incurridos por hacerse un examen médicamente reconocido para la detección del cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la elección a cargo de la persona cubierta entre:

- Examen anual FIT (prueba inmunoquímica fecal para sangre);
- o una sigmoidoscopia flexible realizada cada 5 a 10 años, colonografía por TC cada cinco años o la prueba FIT de ADN fecal cada tres años o una colonoscopia por cápsula cada cinco años; o
- una colonoscopia realizada cada 10 años a partir de los 45 años.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer cervical

La cobertura se provee a cada mujer inscrita en el plan que tenga 18 años o más para cubrir los gastos incurridos en un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer del cuello uterino. La cobertura requerida en esta sección incluye como mínimo un examen de sangre CA 125, un examen convencional de Papanicolaou o un examen usando los métodos citológicos basados en fluidos corporales, según lo aprueba la FDA, solo o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llámenos al 1-844-282-3025 o escribanos a:

CHRISTUS Health Plan
Attn: Member Service Department
5101 North O'Connor Boulevard
Irving, Texas 75039

EXCLUSIONES

Este Contrato solo cubre ciertos beneficios de atención médica médicamente necesarios. En esta Sección de EXCLUSIONES se indican los servicios que están específicamente excluidos de la cobertura de conformidad con este Contrato. Todos los demás beneficios y servicios que no se indiquen específicamente en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato también son Servicios excluidos.

Si no está seguro acerca de si un servicio o artículo está cubierto por este Contrato, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-844-282-3025 antes de que se preste el servicio o se provea el artículo.

Lo siguiente está específicamente excluido de la cobertura:

- **Abortos**
 - Los abortos directos no son un beneficio cubierto.
- **Acupuntura**
- **Autopsias y servicios de ambulancia**
 - Costos de autopsia para miembros fallecidos.
 - Los servicios de ambulancia hacia el consultorio del médico forense o a una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes de que se haya declarado el fallecimiento por parte de una persona autorizada de conformidad con la ley estatal para hacer dichas declaraciones.
- **Cirugía bariátrica**
- **Antes o después del período de cobertura**
 - Los servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura bajo estas Pólizas o después de la fecha de entrada en vigor de la cancelación de la Cobertura.
- **Ensayos clínicos**
 - Cualquier ensayo clínico que no cumpla con los requisitos de la sección de BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
 - Costos de los Ensayos clínicos que habitualmente pagan fuentes gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
 - Servicios de proveedores no participantes, a menos que los servicios no estén disponibles a través de un proveedor participante. Se requiere una Autorización previa para cualquier Servicio fuera de la red, el cual se debe proporcionar en Louisiana.
 - Costos de un medicamento, dispositivo o procedimiento de investigación no aprobado por la FDA que no esté exento de tener una solicitud de medicamento nuevo de investigación.
 - Costos relacionados con la gestión de la investigación asociada con el Ensayo clínico.
 - Costos de las pruebas necesarias para la investigación del Ensayo clínico.
 - Costos pagados o no cobrados por los Proveedores de Ensayos clínicos.
- **Beneficios de atención médica en un hospital certificado**
 - Alimentación, alojamiento y reparto de comidas.
 - Servicios de voluntarios.

- Artículos personales o de confort.
- Servicios de ama de casa o de tareas domésticas.
- Servicio privado de enfermería.
- **Ropa o dispositivos de protección**
 - Ropa u otros dispositivos de protección, incluida la ropa fotoprotectora, el oscurecimiento del parabrisas, accesorios de iluminación u otros artículos o dispositivos, recetados o no.
- **Terapias complementarias**
 - Servicios quiroprácticos, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Biorretroalimentación, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía cosmética**
 - Terapia cosmética, fármacos o medicamentos, o procedimientos con el fin de cambiar su apariencia.
 - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga como objetivo principal alterar la apariencia y no se haga con el propósito de corregir trastornos funcionales derivados de una lesión, defectos congénitos o enfermedad. La cirugía reconstructiva después de una mastectomía no se considera Cirugía cosmética y estará cubierta.
- **Circuncisiones**
 - Practicadas en recién nacidos que no estén hospitalizados, a menos que sean Médicamente necesarias.
- **Servicios dentales**
 - No hay cobertura de servicios dentales de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con una lesión accidental son BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - La atención y las radiografías dentales están permitidas solo para los niños según lo especificado en virtud de los BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Equipo médico duradero**
 - Equipo médico duradero mejorado o de lujo
 - Artículos de conveniencia, que incluyen artículos para mayor comodidad y facilidad, y que no son principalmente de naturaleza médica, como asientos para la ducha, barras de sujeción para el baño, protectores de sol para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales y otros artículos.
 - Artículos duplicados de equipo médico duradero
 - Reparación o reemplazo de Equipo médico duradero debido a la pérdida, negligencia, abuso, mal uso o para mejorar la apariencia o la comodidad.
 - Reparación o reemplazo de artículos bajo la garantía del fabricante o del proveedor.
 - Sillas de ruedas adicionales, si el miembro tiene una silla de ruedas funcional.
- **Cargos en exceso**
 - Cargos o costos que excedan los cargos usuales, habituales y razonables.
- **Servicios y equipos para hacer ejercicios**
 - Equipo de ejercicios, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas de reducción de peso.
- **Servicios, dispositivos, procedimientos, tratamientos, medicamentos, o fármacos experimentales o de investigación**
 - Salvo que la póliza disponga lo contrario.

- **Terapia de ondas de choque extracorpóreas**
- **Cuidado del pie**
 - Cuidado de rutina del pie, como el tratamiento de pies planos u otras desalineaciones estructurales por la extracción de durezas o callos, a menos que sea médicamente necesario.
- **Caída de cabello**
 - Tratamientos para la caída del cabello o la calvicie, medicamentos, suministros y dispositivos, independientemente de la causa médica de la caída de cabello o la calvicie.
- **Servicios de atención médica en el hogar**
 - Necesidades de cuidado de custodia que puede llevar a cabo el personal médico sin licencia para ayudarlo con las actividades cotidianas.
 - Atención médica de relevo.
- **Servicios por infertilidad**
 - La cobertura y los beneficios de preservación de la fertilidad están incluidas para las Personas cubiertas a las que se les haya diagnosticado o estén sometidas a un tratamiento médico contra el cáncer que pueda causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica.
- **Atención médica a largo plazo**
 - No están cubiertos para adultos ni para niños.
- **Atención médica para hombres**
 - Cobertura de anticonceptivos
 - Servicios de planificación familiar
 - Procedimientos de esterilización
- **Salud mental y alcoholismo y abuso de sustancias**
 - Asesoramiento sexual y por duelo.
 - Pruebas psicológicas cuando no sean médicamente necesarias.
 - Educación especial, exámenes o evaluaciones escolares, asesoramiento, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o conductuales.
 - Tratamiento en un hogar de transición.
- **Discapacidades por servicio militar**
 - Atención médica para discapacidades relacionadas con el servicio militar a la que Usted tiene derecho legalmente y para la cual hay centros que se encuentren a su disposición razonablemente.
- **Suplementos y apoyo nutricional**
 - Alimentos para bebés (incluida la leche de fórmula o leche materna), a menos que estén cubiertos de otra manera por esta póliza u otros productos comestibles regulares que se puedan usar con el sistema enteral para la alimentación oral o por sonda.
- **Servicios fuera de la red no autorizados**
 - Los servicios recibidos fuera de la red que requieren autorización previa, si no se obtuvo la autorización previa.
- **Aparatos ortopédicos**
 - Órtesis funcional para el pie, incluidos los de fascitis plantar, pie plano, espolón del talón y otras Afecciones médicas, zapatos ortopédicos o correctivos, soportes

para el arco, aparatos para zapatos, aparatos ortopédicos para el pie y soportes o tablillas personalizadas, salvo cuando sean Médicamente necesarios.

- Ortopedia personalizada para pies, excepto la órtesis de rodilla, tobillo y pie (KAFO, por sus siglas en inglés) y/o la órtesis de tobillo y pie (AFO, por sus siglas en inglés) para los Miembros que cumplan con los lineamientos reconocidos a nivel nacional.
- **Fármacos/medicamentos con receta**
 - Fármacos/medicamentos con receta compuestos.
 - Nuevos medicamentos para los cuales aún no hemos establecido la determinación de los criterios de cobertura.
 - Medicamentos y fármacos sin receta (OTC, en inglés), salvo los incluidos en el *Formulario*;
 - Fármacos/medicamentos con receta que requieren una autorización previa si no se obtuvo autorización previa.
 - Fármacos/medicamentos con receta comprados fuera de los Estados Unidos.
 - Reemplazo de fármacos/medicamentos con receta como resultado de la pérdida, robo o destrucción de estos.
 - Fármacos/medicamentos con receta, medicamentos, tratamientos o dispositivos que Nosotros determinemos como experimentales o de investigación.
 - Tratamientos y medicamentos con el fin de reducir o controlar el peso, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Suplementos nutricionales como los receta el proveedor tratante o como única fuente de nutrición.
 - Fórmula infantil, en ninguna circunstancia.
 - Fármacos/medicamentos con receta para el tratamiento de la disfunción sexual o infertilidad.
 - Fármacos/medicamentos con receta para fines cosméticos.
- **Servicios del proveedor**
 - Servicios prestados por un Proveedor excluido.
 - Consultas telefónicas, salvo lo establecido en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Correo electrónico de un proveedor o consulta telefónica por la cual se le hizo un cargo al paciente.
 - Primera visita de contacto sin evaluación física o diagnóstica ni intervención terapéutica.
- **Dispositivos prostéticos**
 - Ayudas artificiales que incluyen dispositivos de síntesis del habla, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía reconstructiva con fines cosméticos**
 - Cirugía cosmética (los ejemplos incluyen, el aumento de senos, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, cirugía para el acné, revisión de cicatriz asintomática, microflebectomía, escleroterapia (excepto para várices tronculares) y rinoplastia.
- **Rehabilitación y terapia**
 - Entrenadores atléticos o tratamientos por entrenadores atléticos.
 - Servicios de rehabilitación vocacional
 - Tratamiento de Afecciones médicas crónicas (como distrofia muscular, síndrome

de Down, parálisis cerebral).

- **Servicios cubiertos de conformidad con otro programa**
 - Servicios por los cuales usted o su dependiente cumplen con los requisitos de elegibilidad de conformidad con cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida que lo determine la ley.
 - Servicios por los cuales, en ausencia de algún plan de servicios de salud, no se le cobraría a usted ni a su dependiente.
- **Disfunción sexual**
 - Tratamiento para la disfunción sexual, incluidos medicamentos, asesoramiento y clínicas.
- **Centro de enfermería especializada**
 - Cuidado de custodia o domiciliario.
- **Terapia del habla**
 - Beneficios adicionales además de los que se indican en los BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Dejar de fumar (salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS)**
 - Hipnoterapia para el asesoramiento para dejar de fumar
 - Medicamentos de venta libre, a menos que figuren en el *Formulario*.
 - Acupuntura con el fin de dejar de fumar.
- **Servicios de trasplante**
 - Trasplantes de órganos no humanos, a excepción de la válvula cardíaca porcina (cerdo).
 - Costos de transporte para Miembros fallecidos.
 - Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante de órgano cuando el receptor del trasplante no sea un Miembro o el procedimiento de trasplante no sea un Beneficio cubierto.
 - Viajes y alojamiento, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Tratamiento mientras esté encarcelado**
 - Los servicios o suministros que un Miembro recibe mientras se encuentre bajo custodia de cualquier autoridad policial estatal o federal, incluso mientras esté en la cárcel o prisión después de haber sido declarado culpable o condenado por un delito penal.
- **Atención de la vista**
 - Cuidado de rutina de la vista y refracciones de la vista, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Anteojos correctivos o gafas de sol, armazones, lentes, lentes de contacto o accesorios, salvo lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Procedimientos de refracción de la vista, incluida la queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
 - Terapia de movimiento ocular.
- **Programas para bajar de peso**
 - No están cubiertos para adultos ni para niños.
- **Atención médica para mujeres**
 - Abortos electivos en ninguna circunstancia.
 - Medicamentos abortivos.
 - Servicios de planificación familiar, salvo los especificados en la sección de

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

- **Enfermedades o Lesiones relacionadas con el trabajo**
 - En ninguna circunstancia.

RECLAMOS

Aviso de reclamos

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

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

Formularios de reclamo

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

Envío del reclamo

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

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

Le enviaremos un aviso de aceptación o rechazo de un reclamo a más tardar en 15 días hábiles después de haber recibido toda la documentación.

Pago de reclamos

Los beneficios que son pagaderos de conformidad con este Contrato serán pagados dentro de un plazo de veinticinco (25) días después del aviso de aceptación de su reclamo. En donde el Contrato contemple pagos periódicos, los beneficios se acumularán y se pagarán mensualmente, sujetos al envío del Reclamo limpio.

Un reclamo será considerado “limpio” si contiene toda la información que solicitamos para procesar el pago, de acuerdo con los beneficios, sin información adicional. Por ejemplo, un reclamo será considerado “limpio” si está incompleto, le hace falta documentos del expediente

médico, es sospechoso, aparenta ser falso o sugiere que un proveedor lleve a cabo una práctica inapropiada.

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

Reclamos y pagos de emergencias fuera de la red

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

CHRISTUS Health Plan
Attn: Claims Department
5101 North O'Connor Boulevard
Irving, Texas 75039

Fraude y abuso

Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, cometa engaño o presente información falsa para obtener un beneficio no autorizado, puede ser culpable de un delito y quedar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

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

Subrogación

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

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

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

Cualquier derecho de recuperación de terceros por parte del Plan, ya sea por subrogación o reembolso, es secundario al derecho del Miembro a ser indemnizado íntegramente por sus daños. El Plan compartirá los gastos legales en que se incurra.

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

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

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

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

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

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

Se debe suministrar una evidencia por escrito en la oficina de la compañía de seguros en caso de un reclamo por pérdida para la que esta póliza proporcione algún pago periódico que dependa de la pérdida continua en un plazo de noventa días después de la terminación del período para el cual la compañía de seguros sea responsable y, en caso de un reclamo por cualquier otra pérdida, en un plazo de noventa días después de la fecha de dicha pérdida. No suministrar dicha evidencia dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá cualquier reclamo si no fue razonablemente posible proporcionar la evidencia dentro de dicho plazo, siempre que dicha evidencia se suministre tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo si existe incapacidad legal, después de un año a partir del momento en que la evidencia sea requerida de otra manera.

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de esta Póliza por cualquier pérdida que no sea una pérdida para la que esta Póliza proporcione algún pago periódico se pagarán inmediatamente al momento de recibir la debida evidencia por escrito de dicha pérdida. Sujetas a la debida

evidencia por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las que esta Póliza proporcionó un pago periódico se pagarán mensualmente y cualquier saldo restante al momento de la terminación de la responsabilidad se pagará inmediatamente cuando se reciba la debida evidencia por escrito.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. El Plan se define a continuación.

Las reglas de determinación del orden de beneficio rigen el orden en que cada Plan pagará un reclamo de beneficios. El Plan que paga primero se conoce como el Plan primario. El Plan primario tiene que pagar los beneficios conforme a los términos de su póliza sin importar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan primario es el Plan secundario. El Plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los Planes que sean iguales al 100% del gasto total permitido según lo dispuesto en §303A.(a. -e.) del Reglamento 32.

DEFINICIONES

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

Un Plan incluye: contratos de seguros colectivos y no colectivos, contratos de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura grupal o de tipo grupal (asegurados o no); componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada; beneficios médicos en virtud de contratos de automóviles colectivos o individuales; y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según lo permita la ley.

Un Plan no incluye: cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija; cobertura sólo por accidente; cobertura por enfermedad especificada o accidente especificado; cobertura médica de beneficios limitados, tal y como se define en la legislación estatal; cobertura de tipo accidente escolar, excepto las enumeradas en LSA-R.S. 22:1000 A.3C; beneficios para componentes no médicos de pólizas de atención a largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas de Medicaid; o cobertura de otros planes gubernamentales federales, a menos que lo permita la ley

Cada contrato de una cobertura bajo los puntos (1) o (2) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solamente a uno de las dos, cada una de las partes se trata como un Plan por separado.

- B. Este Plan significa, en esta disposición de COB, la parte del contrato que provee los beneficios de atención médica a la cual se aplica la disposición de COB y la cual se puede reducir debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que provea los beneficios de atención médica es separada de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, como los beneficios dentales,

coordinando únicamente con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de COB para coordinar otros beneficios.

- C. Las reglas para determinar el orden de los beneficios determinan si este Plan es un Plan primario o Secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. Cuando este Plan es el primario, determina el pago por sus beneficios antes que los de cualquier otro Plan sin considerar los beneficios de cualquier otro Plan. Cuando este Plan es el secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios que paga, de manera que los beneficios del Plan no sobrepasen el 100 % del Gasto total permitido.
- D. Gasto permitido es un gasto o servicio de atención médica, incluyendo los deducibles, coseguro y copagos que están cubiertos al menos en parte por cualquier Plan que cubra al Miembro. Cuando un Plan provee beneficios en forma de servicios, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un Gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto o servicio que no está cubierto por ningún Plan que cubra al miembro no es un Gasto permitido.

A continuación, figuran ejemplos de gastos que son y no son gastos admisibles:

- La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada en el hospital y una habitación privada en el hospital no es un Gasto permitido, a menos que uno de los Planes provea cobertura para los gastos de habitaciones privadas en el hospital.
- Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que calculan sus pagos de beneficios con base en las tarifas usuales y habituales o la metodología de reembolso de programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que exceda el monto de reembolso más alto por un beneficio específico no es un Gasto permitido.
- Si una persona está cubierta por 2 o más Planes que proveen beneficios o prestan servicios con base en tarifas negociadas, un monto que exceda la tarifa negociada más alta no es un Gasto permitido.
- Si una persona está cubierta por un Plan que calcula sus beneficios o servicios con base en las tarifas usuales y habituales o la metodología de reembolso de programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y otro Plan que provea beneficios o servicios con base en tarifas negociadas, la negociación del pago del Plan primario debe ser un Gasto permitido para todos los Planes.
- El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del Plan primario debido a que una persona cubierta no cumplió con las disposiciones del Plan primario no es un Gasto permitido. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones para cirugías, las precertificaciones de admisiones y negociaciones con proveedores preferidos.

- E. Un plan de panel cerrado es un Plan que proporciona beneficios de atención médica a personas cubiertas principalmente en forma de servicios por medio de un panel de proveedores que tienen contrato o que están empleados por el Plan, y que excluye la cobertura por los servicios que prestan otros proveedores, salvo en casos de emergencia o una remisión por parte de un miembro del panel.

- F. El progenitor custodio es el progenitor al que se ha otorgado la custodia por sentencia judicial o, en ausencia de sentencia judicial, es el progenitor con el que el menor reside más de la mitad del año calendario, excluidas las visitas temporales.

REGLAS PARA DETERMINAR EL ORDEN DE LOS BENEFICIOS

Cuando una persona está cubierta por dos o más Planes, las reglas para determinar el orden del pago de los beneficios son las siguientes:

- A. El Plan primario paga o provee sus beneficios conforme a sus términos de cobertura y sin tomar en consideración los beneficios de cualquier otro Plan.

Salvo por lo que se contempla en el Parágrafo (2), un Plan que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta regulación siempre es el primario, a menos que las disposiciones de ambos Planes indiquen que el plan que cumple es el primario.

La cobertura que se obtiene en virtud de una membresía en un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y contempla que esta cobertura complementaria será en exceso de cualquier otra parte del Plan que provee el titular del contrato. Los ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas principales que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y coberturas de tipo seguro que se redactan en relación con un Plan de panel cerrado para proveer beneficios que no forman parte de la red.

- B. Un Plan puede considerar los beneficios que pagó o proporcionó otro Plan al calcular el pago de sus beneficios solamente cuando es secundario a ese otro Plan.
- C. Cada Plan determina el orden de sus beneficios usando la primera de las siguientes reglas que se aplican:
- (1) No dependiente o Dependiente. El Plan que cubre a una persona de otra forma que no sea como dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado es el Plan primario; y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el Plan secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al Plan que cubre a la persona como dependiente; y primario al Plan que cubre a la persona de otra forma que no sea como dependiente (por ejemplo, un empleado retirado); entonces el orden de los beneficios entre los dos Planes se revierte de manera que el Plan que cubre la persona como empleado, miembro, titular de la póliza; suscriptor o jubilado es el Plan secundario y el otro es el Plan primario.
 - (2) Hijos dependientes cubiertos conforme a más de un Plan. A menos de que exista una resolución judicial que disponga lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un Plan, el orden de las prestaciones se determina del siguiente modo:
 - (a) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez:
 - El Plan del progenitor cuyo cumpleaños sea anterior en el año calendario

es el Plan primario; o

- Si ambos progenitores cumplen años el mismo día, el Plan que haya cubierto al progenitor durante más tiempo será el Plan primario.

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

- si un decreto judicial indica que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica del hijo dependiente o la cobertura de atención médica y el Plan de ese padre tiene conocimiento de esos términos, ese Plan es el primario. Esta regla aplica a los años de plan que comienzan después de que el Plan reciba un aviso sobre el decreto judicial;
- si un decreto judicial indica que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica del hijo dependiente o de la cobertura de la atención médica, las disposiciones del subparágrafo determinarán el orden de los beneficios;
- si un decreto judicial indica que los padres tienen la custodia conjunta sin especificar que uno de los padres tiene responsabilidad por la cobertura de atención médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subparágrafo (a) determinarán el orden de los beneficios;
- o
- si no hay un decreto judicial que asigne la responsabilidad de la cobertura de la atención médica o los gastos de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es el siguiente:
 - o El Plan que cubre al padre que tiene la Custodia;
 - o El Plan que cubre al cónyuge del padre que tiene la Custodia;
 - o El Plan que cubre al padre que no tiene la custodia; y luego
 - o El Plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia;

(c) Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un Plan de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determina de acuerdo con las disposiciones del Subparágrafo (a) o (b) de arriba, como si esas personas fueran los padres del niño.

(d) Para un hijo dependiente cubierto bajo el plan del cónyuge. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos planes de ambos padres o tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan del cónyuge, se aplica la regla del Parágrafo (5).

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

(3) Empleado activo o Empleado jubilado o despedido. El Plan primario será el que cubra a una persona como empleado activo, eso quiere decir, un empleado que no ha sido despedido ni está jubilado. El Plan secundario será el que cubra a esa misma

persona como un empleado jubilado o despedido. Lo mismo aplicaría en el caso de una persona que es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido sin causa. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes de salud no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si la regla marcada como (D)(1) puede determinar el orden de los beneficios.

Continuación de la cobertura estatal o de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés). Si una persona cuya cobertura se proporciona según COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal o federal está cubierta bajo otro Plan, el Plan primario será el que cubra a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubra a la persona como dependiente de un empleado, miembro, asegurado o jubilado y la cobertura de COBRA o una continuidad de la cobertura según la ley estatal o federal, será el Plan secundario. Si el otro Plan no tiene esta regla, y como resultado, los Planes de salud no acuerdan el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si la regla marcada como (D)(1) puede determinar el orden de los beneficios.

Duración más larga o más corta de la cobertura. El Plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado por más tiempo es el Plan primario; y el Plan que ha cubierto a la persona por menos tiempo es el Plan secundario.

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

EFEECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes no sean más que el total de Gastos permitidos. Al determinar el monto a pagar por cualquier reclamo, el Plan secundario calculará los beneficios que habría pagado si no existiera otra cobertura de atención médica y aplicará dicho monto calculado a cualquier Gasto permitido conforme a su Plan que no sea pagado por el Plan primario. El Plan secundario puede entonces reducir su pago por esa cantidad, de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el Plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los Planes por el reclamo equivalen al total del Gasto permitido total por ese reclamo. Además, el Plan secundario debe acreditar al deducible, coseguro, copago de su plan y cualquier monto que habría acreditado a su deducible ante la ausencia de otra cobertura de atención médica.

Si una persona cubierta está inscrita en dos o más Planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación del servicio por parte de un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un Plan de panel cerrado, no debe aplicar el COB entre ese Plan y otros Planes de panel cerrado.

Efecto sobre los beneficios de este Plan

(1) Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios

totales pagados o proporcionados por todos los planes durante un año del plan o período de determinación del reclamo no sean más que el 100 por ciento de gastos permitidos. La diferencia entre los pagos de beneficios que este plan habría pagado de haber sido el plan principal, y los pagos de beneficios que realmente pagó o proporcionó, se registrará como reserva de beneficios para la persona cubierta y será utilizada por este plan para pagar cualquier gasto admisible, no pagado de otro modo durante el periodo de determinación del reclamo. A medida que se presenta cada reclamo, este plan:

- determinará su obligación de pagar o proporcionar beneficios bajo este contrato;
- determinará si se registró una reserva del beneficio para la persona cubierta; y
- determinará si hay gastos permitidos sin pagar durante ese período de determinación del reclamo.

(2) Si hay una reserva de beneficio, el plan secundario utilizará dicha reserva de la persona cubierta para pagar hasta el 100 por ciento del total de los gastos permitidos incurridos durante el período de determinación del reclamo. Al final del período de determinación del reclamo, la reserva de beneficio regresa a cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficio para cada nuevo período de determinación del reclamo.

(3) Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluida la prestación del servicio por parte de un proveedor que no sea del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, no debe aplicar el COB entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

DERECHO A RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN NECESARIA

Cierta información acerca de los servicios y la cobertura de atención médica es necesaria para aplicar estas reglas de COB y para determinar los beneficios pagaderos de conformidad con este Plan y otros Planes. CHRISTUS Health Plan puede obtener la información que necesita de o proporcionarla a otras organizaciones y personas con el propósito de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos de conformidad con este Plan y otros Planes para las personas que reclamen los beneficios. No necesitamos decírselo a nadie ni obtener su consentimiento para hacerlo. Cada persona que reclame beneficios en virtud de este Plan debe darnos todos los datos que necesita para aplicar dichas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago efectuado bajo otro Plan puede incluir un monto que debería haberse pagado bajo este Plan. Si lo hace, Nosotros podemos pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Ese monto entonces será tratado como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. No tendremos que pagar ese monto de nuevo. El término "pago efectuado" incluye la provisión de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso "pago efectuado" significa el valor en efectivo razonable de los beneficios provistos en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si la cantidad de los pagos efectuados por Nosotros es mayor a lo que debería haber pagado de acuerdo con esta disposición de la COB, puede recuperar el excedente de una o más de las personas a las que les haya efectuado los pagos o por quien haya efectuado los pagos, o cualquier

otra persona u organización que pueda tener una obligación con respecto a los beneficios o servicios provistos para la persona cubierta. La "cantidad de los pagos efectuado" incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

FOLLETO DE EXPLICACIÓN AL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

AVISO IMPORTANTE

Este es un resumen de solo algunas de las disposiciones de su Plan de salud para ayudarlo a comprender la COB, la cual puede ser muy complicada. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el lenguaje contenido en su contrato de seguro, el cual determina sus beneficios.

La disposición de COB se aplica cuando un Miembro tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. El Plan se define a continuación. Las reglas de determinación del orden de beneficio rigen el orden en que cada Plan pagará un reclamo de beneficios. El Plan que paga primero se conoce como el Plan primario. El Plan primario tiene que pagar los beneficios conforme a los términos de su póliza sin importar la posibilidad de que otro Plan pueda cubrir algunos gastos. El Plan que paga después del Plan primario es el Plan secundario. El Plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los Planes no excedan el 100% del Gasto total permitido según lo dispuesto en el §303A.(a.-e.) del Reglamento 32.

Consulte el aviso de Coordinación de beneficios que se encuentra en el Anexo C - Explicación para Planes secundarios sobre el propósito y uso de la Reserva de beneficios en el sitio web de LDI en el siguiente enlace: www.ldi.la.gov/consumers/resources-publications/consumer-publications. Usted también puede solicitar que el Aviso de Coordinación de beneficios sea enviada por correo postal al comunicarse con Servicios para Miembros al (844) 282-3025.

Cobertura doble

Es común que los miembros de la familia estén cubiertos por más de un plan de atención médica. Esto sucede, por ejemplo, cuando un esposo y una esposa trabajan y eligen tener cobertura familiar a través de ambos empleadores.

Cuando Usted está cubierto por más de un plan de salud, la ley estatal les permite a sus aseguradoras seguir un procedimiento llamado "coordinación de beneficios" para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando Usted tiene una reclamación. El objetivo es asegurarse de que los pagos combinados de todos los planes no sumen más que sus gastos de atención médica cubiertos.

La COB es complicada y cubre una amplia variedad de circunstancias. Este es solo un resumen de algunas de las más comunes. Si su situación no está descrita, lea su evidencia de cobertura o comuníquese con el Departamento de Seguros de Louisiana

¿Primario o secundario?

Las reglas para determinar el orden de los beneficios de abajo determinan si este Plan es un Plan primario o secundario cuando el Miembro tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. Cuando este Plan es el primario, determina el pago por sus beneficios antes que los de cualquier otro Plan sin considerar los beneficios de cualquier otro Plan. Cuando este Plan es el secundario, determina sus beneficios después de los de otro Plan y puede reducir los beneficios

que paga, de manera que los beneficios del Plan no sobrepasen el 100 % del Gasto total permitido.

Se le pedirá que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador “primario” o “secundario” de sus beneficios. El plan primario siempre es el primero en pagar cuando usted hace un reclamo. Cualquier plan que no contenga las reglas de la COB siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple con los requisitos es el primario.

Cuando este Plan es el primario

Si usted o un miembro de su familia están cubiertos por otro plan además de este, seremos el primario cuando:

Sus propios gastos

- el reclamo es por sus gastos propios de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto usted como su cónyuge estén jubilados.

Los gastos de su cónyuge

- el reclamo es para su cónyuge que está cubierto por Medicare, y ustedes no están jubilados.

Los gastos de su hijo

- el reclamo es por los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por este plan y:
 - usted está casado y su cumpleaños ocurre antes en el año que el de su cónyuge o usted vive con otra persona, independientemente de si alguna vez estuvo casado o no con esa persona, y su fecha de cumpleaños ocurre antes que el cumpleaños de la otra persona. Esto se conoce como la “regla de cumpleaños”; o
 - usted está separado o divorciado y nos ha informado de una orden judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica del hijo; o
 - no hay una orden judicial, pero usted tiene la custodia del hijo.

Otras situaciones

Seremos el plan primario cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo requiera.

Cómo pagamos los Reclamos cuando somos el Plan primario

Cuando somos el plan primario, pagaremos los beneficios de acuerdo con los términos de su contrato, como si no tuviera otra cobertura de atención médica bajo ningún otro plan.

Cuando este Plan es el Secundario

Seremos el plan secundario siempre que las reglas no requieran que seamos el plan primario.

Cómo pagamos los Reclamos cuando somos el Plan secundario

Cuando somos el plan secundario, no pagamos sino hasta después de que el plan primario haya

pagado sus beneficios. Pagaremos entonces la parte o la totalidad de los gastos permitidos que no se hayan pagado, tal como se explica abajo. Un “gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluidos los copagos y sin reducción por cualquier deducible aplicable, que está cubierto en su totalidad o en parte por cualquiera de los planes que cubre a la persona.

Si existe una diferencia entre la cantidad que los planes permiten, generalmente nuestro pago se basará en la cantidad más alta. Sin embargo, si un plan tiene un contrato con el proveedor de atención médica o el médico y el otro no lo tiene, nuestros pagos combinados no superarán el monto contratado. Las organizaciones para el mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.

Podríamos reducir nuestro pago en cualquier cantidad, de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados equivalen al 100 por ciento del gasto total permitido para su reclamación. Acreditaremos cualquier cantidad que hubiéramos pagado en ausencia de su otra cobertura de atención médica de nuestro propio deducible del plan.

No pagaremos una cantidad que el plan primario no cubrió debido a que usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan ha reducido su beneficio porque usted no obtuvo la autorización previa requerida por ese plan, no pagaremos el monto de la reducción, debido a que este no es un gasto permitido.

PROCESO PARA QUEJAS Y APELACIONES

Tiene derecho a Apelar cualquier decisión que tomemos que deniegue el pago de su reclamo o su solicitud de cobertura de un servicio de atención médica, los requisitos del tratamiento para necesidad médica, adecuación, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia, o que se determine que es experimental o de investigación y, por lo tanto, se deniegue, reduzca o finalice el beneficio solicitado o el pago no se proporcione o haga, de manera total o parcialmente, para el beneficio. Tiene derecho a lo siguiente:

- apelar una Determinación adversa Nuestra;
- a la Revisión externa; y/o
- a presentar una Queja.

Contamos con un departamento que se ocupa de las apelaciones y las quejas. Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, puede solicitar una revisión presentando una Apelación o Queja. Nunca tomaremos represalias de ninguna manera contra un miembro por presentar una apelación o queja.

Confidencialidad

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

CHRISTUS Health Plan tiene procedimientos para garantizar que a los registros médicos identificables y la información presentada como parte de cualquier queja se les dé un tratamiento confidencial y se mantengan como tales.

Quién puede ayudarlo

Servicios para Miembros puede ayudarlo. Si tiene una Inquietud acerca de una persona, un servicio, la calidad de su atención médica o sus beneficios, puede comunicarse al número de llamada gratuita de Servicios para Miembros llamando al 1-844-282-3025.

Servicio para Miembros hará todo lo posible para resolver su Queja o Inquietud la primera vez que nos la presente. Si el representante de Servicios para Miembros no puede resolver su Queja o Inquietud, puede presentar una queja o apelación.

Proceso estándar de apelaciones

Si no está satisfecho con Nuestra decisión, deberá presentar una solicitud de Apelación por escrito en un plazo de ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de Nuestra Determinación adversa inicial de beneficios para Apelaciones Administrativas y Apelaciones médicas internas. No se considerarán las solicitudes presentadas ante Nosotros después del plazo de ciento ochenta (180) días de Nuestra Determinación adversa inicial de beneficios.

No se considerarán varias solicitudes de Apelación para el mismo Reclamo.

Si tiene preguntas o necesita asistencia, Usted puede llamar a Nuestro Departamento de Servicio

al Cliente.

Un Miembro tiene derecho a designar a un representante autorizado para que hable en su nombre en las Apelaciones. Un representante autorizado es una persona a la cual el Miembro le ha otorgado su consentimiento por escrito para que lo represente en una revisión interna o externa de una Determinación adversa de beneficios. El representante autorizado puede ser el Proveedor tratante del Miembro, si el Miembro designa al Proveedor por escrito.

Nosotros determinaremos si la Apelación de un Miembro es una Apelación Administrativa o una Apelación médica interna.

Le animamos a que nos proporcione toda la información disponible como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la Determinación adversa de beneficios para ayudarnos a evaluar completamente la Apelación,

Nosotros le proporcionaremos, bajo solicitud y sin ningún costo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante de la Determinación adversa de beneficios.

1. Apelaciones Administrativas

Las Apelaciones Administrativas involucran cuestiones contractuales y a Determinaciones adversas de beneficios que no están relacionadas con la Necesidad Médica, la adecuación, el entorno de atención médica, el nivel de atención, la eficacia o la determinación de que el tratamiento es experimental o de investigación.

La Apelación Administrativa será revisada por personas que no hayan intervenido en decisiones anteriores relativas a la Determinación adversa de beneficios inicial. Si se revoca la Apelación Administrativa, volveremos a tramitar su Reclamo, si lo hay. Si se confirma la Apelación Administrativa, esta decisión se considerará definitiva.

La decisión sobre la Apelación administrativa se le enviará por correo a Usted, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en su nombre, en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de su solicitud; a menos que se acuerde mutuamente que está justificada una ampliación del plazo.

Las Apelaciones Administrativas solo tienen un nivel interno de revisión y no son elegibles para el proceso de Apelación externo, a excepción de una Rescisión de la cobertura.

2. Apelaciones médicas

Las Apelaciones médicas involucran Determinaciones adversas de beneficios por Necesidad médica, la adecuación, el entorno de atención médica, el nivel de atención, la eficacia o la determinación de que el tratamiento es experimental o de investigación y cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva relacionada.

Ofrecemos a los Miembros dos (2) niveles estándar de Apelaciones médicas, incluyendo una revisión interna de una Determinación adversa de beneficios, luego una revisión externa.

a. Apelaciones médicas internas

Un médico u otro profesional de la atención médica de la misma especialidad o de una especialidad adecuada que normalmente gestione la enfermedad, el procedimiento o el tratamiento objeto de revisión y que no esté subordinado a ningún responsable de la toma de decisiones anterior sobre la Determinación adversa de beneficios inicial, revisará la Apelación de Necesidad médica interna.

Si se revoca la Apelación médica interna, volveremos a tramitar la Reclamación del Miembro, si la hubiera. Si se confirma la Apelación médica interna, informaremos al Miembro de su derecho a iniciar el proceso de Apelación externa si la Determinación adversa de beneficios cumple los criterios.

La decisión sobre la Apelación médica interna se enviará por correo al Miembro, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en nombre del Miembro, en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la solicitud del Miembro; a menos que se acuerde mutuamente que está justificada una prórroga.

b. Apelación médica externa y Rescisión de la cobertura

Para Apelaciones médicas y Rescisión de la cobertura, el segundo nivel será manejado por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) que no esté afiliada con Nosotros sea asignada de manera aleatoria por el Departamento de Seguro de Louisiana.

Un Miembro debe agotar todas las oportunidades de Apelación interna antes de solicitar una Apelación externa realizada por una Organización de Revisión Independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de Apelación médica interna o Rescisión de la cobertura, debe presentar una solicitud escrita para una Apelación externa en un plazo de cuatro meses desde la recepción de la decisión de Apelación médica interna o Rescisión de la cobertura.

Las solicitudes presentadas a Nosotros después de cuatro meses desde la recepción de la decisión de Apelación médica interna o Rescisión de la cobertura no serán consideradas. Deberá firmar el formulario incluido en el aviso de denegación de Apelación médica interna que autoriza la entrega de los registros médicos para su revisión por parte de la IRO. Las Apelaciones presentadas por su Proveedor no se aceptarán sin este formulario completado con su firma. El Miembro puede presentar información adicional a la IRO.

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la notificación proporcionada, facilitaremos a la IRO toda la información pertinente necesaria para llevar a cabo la Apelación. La revisión externa se completará en un plazo de cuarenta y un (41) días a partir de la recepción por Nuestra parte de la Apelación externa. La IRO le notificará su decisión a Usted, a su representante autorizado o a un Proveedor autorizado para actuar en su nombre.

La decisión de la IRO se considerará una decisión definitiva y vinculante tanto para Usted como para Nosotros a efectos de determinar la cobertura de un Contrato de salud. Este proceso de Apelación constituirá su único recurso en disputas concernientes a determinaciones sobre si un servicio o artículo de salud es o era Medicamento Necesario o de Investigación, excepto en la medida en que otros recursos estén disponibles bajo la Ley estatal o federal.

Puede ponerse en contacto directamente con el Comisionado de Seguros para obtener ayuda.

Commissioner of Insurance
P. O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214
1-225-342-5900 or 1-800-259-5300

Apelación acelerada

El proceso de Apelación acelerada está disponible para la revisión de la Determinación adversa de beneficios que implique una situación en la que el plazo de la Apelación médica estándar pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad de recuperar la función máxima del Miembro. Incluye una situación en la que, en opinión del médico tratante, el Miembro puede experimentar dolor que no puede ser controlado adecuadamente mientras espera una decisión de Apelación médica estándar.

Una Apelación acelerada también incluye solicitudes relativas a una Admisión, disponibilidad de atención, continuación de la estadía o servicio de atención médica para un Miembro que se encuentre actualmente en la sala de emergencias, en observación o recibiendo atención como Paciente hospitalizado.

También se puede presentar una Apelación externa acelerada si la Determinación adversa de beneficios implica una denegación de cobertura basada en la determinación de que el servicio o tratamiento médico recomendado o solicitado se considera experimental o de Investigación; y el Médico tratante de la persona cubierta certifica por escrito que el servicio o tratamiento médico recomendado o solicitado que es objeto de la Determinación adversa de beneficios sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud.

Las Apelaciones aceleradas no se proporcionan para la revisión de servicios prestados con anterioridad.

Una Apelación acelerada estará disponible y podrá ser iniciada por el Miembro, su representante o un Proveedor autorizados para actuar en nombre del Miembro. Las solicitudes de una Apelación acelerada pueden ser verbales o por escrito.

Para todas las Apelaciones verbales, incluyendo las Apelaciones aceleradas, llame al 1-844-282-0380.

Para todas las Apelación por escrito, incluyendo las Apelaciones aceleradas, llame al 866-416-2840 o envíe un correo a:

CHRISTUS Health Plan
Appeals Processing
PO Box 169009
Irving, TX 75016

1. Apelaciones médicas internas aceleradas

En estos casos, tomaremos una decisión a más tardar setenta y dos (72) horas desde la recepción de la solicitud de una Apelación acelerada que cumpla con los criterios para una Apelación acelerada interna. En caso de que el proceso de una Apelación acelerada interna no resuelve una diferencia de opinión entre Nosotros y el Miembro o el Proveedor que actúa en nombre del Miembro, la Apelación puede elevarse a una Apelación acelerada externa.

Si una Apelación médica interna acelerada no cumple con los criterios para la Apelación acelerada o no incluye la firma de atestación del médico, la Apelación seguirá el proceso y plazo del proceso de Apelación estándar.

2. Apelaciones médicas externas aceleradas

Una Apelación externa acelerada es una solicitud para una revisión inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). La solicitud puede presentarse simultáneamente con una solicitud de una Apelación interna acelerada, ya que la Organización de Revisión Independiente asignada para llevar a cabo la revisión externa acelerada determinará si la solicitud reúne los requisitos para una revisión externa en el momento de su recepción. Le enviaremos a la IRO toda la información pertinente para la solicitud de una Apelación externa acelerada, de manera que la revisión sea completada lo más pronto posible desde el momento de su recepción.

Si se deniega, el miembro puede apelar con el Comisionado de Seguros de Louisiana. Si quisiera presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Louisiana Department of Insurance (Departamento de Seguro de Louisiana)
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su Queja por correo electrónico en línea en:

www.ldi.la.gov

Reconsideración informal

A continuación, se describen sus derechos de Apelación. Además de los derechos de Apelación, se le da la oportunidad a su Proveedor de hablar con el Director médico para una Reconsideración informal de Nuestra decisión de cobertura cuando se refieren a determinaciones de Necesidad médica.

Una Reconsideración informal es una solicitud telefónica, hecha por un Proveedor autorizado en su nombre, para hablar con Nuestro director médico o un revisor por pares sobre una decisión de Administración de la utilización que hayamos tomado. Una Reconsideración informal se basa normalmente en la presentación de información adicional o una discusión entre pares.

Una Reconsideración informal está disponible solo para determinaciones iniciales solicitadas en un plazo de diez (10) días desde la denegación o determinación de revisión concurrente. Llevaremos a cabo una Reconsideración informal dentro de un (1) día laboral desde Nuestra recepción de la solicitud.

Revisión retrospectiva de la utilización

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

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

Si se necesita una extensión porque Usted o su Proveedor deben enviar la información necesaria para llegar a una decisión sobre la solicitud, el aviso describirá específicamente la información requerida necesaria para tomar la determinación y le dará a Usted y a su Proveedor al menos cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de recepción del aviso de extensión para proporcionar la información especificada.

Proceso de queja

Si Usted nos notifica una Queja de forma verbal o escrita, le enviaremos, a más tardar el quinto día hábil después de la fecha de recepción de la Queja, una carta en la que confirmaremos la fecha en que recibimos la Queja. Si su queja se recibió de forma verbal, adjuntaremos un formulario de queja de una página con la carta de acuse de recibo de la queja. No tiene que devolver el formulario de reclamo, pero le pedimos que lo envíe de vuelta porque el formulario nos ayudará a resolver la queja. Nuestra carta incluirá Nuestros procedimientos de Quejas y los plazos para la resolución. Resolveremos su queja a más tardar el trigésimo (30º) día calendario después de la fecha de su presentación. Si su Queja se refiere a una emergencia o una denegación de estadía continua en el hospital, investigaremos y resolveremos su Queja de acuerdo con la urgencia de su Afección médica, pero en ningún caso más de un día hábil después de que recibamos su Queja.

Una vez revisada su queja, le enviaremos una carta de respuesta en la que:

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

plazos para el proceso de apelación y los plazos para la decisión final sobre la apelación.

Cómo presentar Quejas ante el Departamento de Seguros de Louisiana

Cualquier persona, incluidas las personas que han intentado resolver una Queja a través de Nuestro proceso de Apelaciones

y quejas y que estén insatisfechas con la resolución, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Louisiana llamando sin costo al 1-800-259-5300. Si quisiera presentar su solicitud por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Louisiana Department of Insurance (Departamento de Seguro de Louisiana)
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su Queja por correo electrónico en línea en:

www.lidi.la.gov

Agotamiento de recursos

Usted debe completar los niveles de Nuestro proceso para Quejas y Apelaciones aplicables a Usted y cualquier proceso de revisión regulatoria/legal disponible en virtud de las leyes estatales o federales antes de presentar una acción legal. El cumplimiento de estos procesos administrativos y regulatorios garantiza que tanto usted como nosotros tengamos una oportunidad plena y justa para resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones contenidos en este Contrato.

Manera cultural y lingüísticamente apropiada de dar un aviso

Cuando le enviemos información, nos aseguraremos de que Nosotros:

- proveamos servicios de lenguaje oral (como una línea directa de asistencia telefónica al cliente) que incluye responder preguntas en cualquier idioma aplicable diferente del inglés y brindar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa) en cualquier idioma distinto al inglés que corresponda;
- proporcionaremos, previa solicitud, un aviso en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda;
- incluiremos en las versiones en inglés de todos los avisos, una declaración destacada en cualquier idioma distinto del inglés que corresponda que indique claramente cómo acceder a los servicios de idiomas proporcionados por el plan de atención médica;
- enviaremos avisos en un idioma diferente del inglés a las poblaciones que tengan más del diez por ciento (10%) que no hablan ese idioma. Enviaremos el aviso en dicho idioma que no es inglés. Usamos el estándar emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Department of Health and Human Services, HHS). Puede encontrar el estándar en <http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html>.

PAGO DE LA PRIMA

Pago de la prima

Usted es responsable de pagar su prima a tiempo. La primera prima debe pagarse con la solicitud de inscripción. Otras primas vencen el primer día del mes de la cobertura provista durante ese mes. La duración de un periodo de prima es de un mes. Todas las primas son pagaderas a Nosotros.

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

Período de gracia

Miembros sin pagos avanzados del crédito fiscal federal de primas

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

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

Miembros con pagos anticipados del crédito fiscal federal para las primas

Se le concederá un período de gracia de tres meses a las personas calificadas que hayan pagado el valor de las primas por lo menos un mes y quienes estén recibiendo pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima de seguro. Si no recibimos el pago de la prima completa durante el período de gracia de tres meses, cancelaremos Su cobertura a partir del último día del primer mes del período de gracia, aun cuando se reciban Créditos fiscales anticipados para las primas.

Continuaremos pagando todos los reclamos correspondientes por los servicios cubiertos que se le proporcionen durante el primer mes del período de gracia, y suspenderemos los reclamos de farmacia por los servicios cubiertos que se le proporcionen en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Le notificaremos a Usted y al Intercambio del impago de las primas. También notificaremos a los Proveedores sobre la posibilidad de denegar los reclamos cuando se encuentre en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Continuaremos recolectando los Créditos fiscales anticipados para las primas en Su nombre del Departamento del Tesoro y le devolveremos los Créditos fiscales anticipados para las primas durante el segundo y tercer mes del período de gracia si Usted agota su período de gracia como se describe anteriormente.

Ejemplo: El pago correspondiente a abril vence el 1 de abril. Si no se recibe el pago antes del 30

de junio, la cobertura se cancela de forma retroactiva hasta el último día de abril.

Cambios en los pagos de las primas

Nos reservamos el derecho de cambiar anualmente el monto del pago de las Primas por los Beneficios cubiertos. Le enviaremos un aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación de cualquier cambio en el pago de las primas.

Es posible que su tarifa cambie. Los siguientes son algunos ejemplos de las razones:

- Un cambio de residencia;
- La adición de un Dependiente debido a un Evento que califica; o
- La cancelación de un dependiente en un Contrato familiar.

Recuperación de sobrepagos de beneficios en exceso

Tenemos el derecho de recuperar cualquier sobrepago que hayamos hecho. La recuperación puede ser de uno o más de los siguientes: cualquier persona a, por o con respecto de la cual se prestaron dichos servicios o se hicieron dichos pagos; cualquier tercer pagador; cualquier plan de atención médica u otra organización.

El derecho de recuperación nos pertenece solo a Nosotros. Se utiliza a Nuestra total discreción. Si le indicamos a usted (o a su representante legal si usted es menor de edad o es legalmente incompetente) que estamos buscando la recuperación de estos beneficios, le solicitamos que coopere con nosotros para garantizar estos derechos de recuperación.

DISPOSICIONES GENERALES

Enmiendas

Le daremos un aviso de sesenta (60) días antes de hacer cualquier cambio administrativo. Usted recibirá una enmienda a su Contrato en la que se muestre cualquier cambio. Esto no incluye cambios a sus Beneficios, ya que estos no cambian durante el año.

Asignación

Le pagaremos directamente al proveedor.

Disponibilidad de servicios del proveedor

No garantizamos que un Hospital, Centro de atención médica, médico en particular u otro Proveedor estará disponible en la red de Proveedores.

Circunstancias fuera de nuestro control

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

Error administrativo

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

Cálculo de tiempo

Cuando el reglamento de Estado requiera que se tome una medida dentro de cierto período de tiempo a partir de la recepción de una solicitud o documento, se dará un plazo de 3 días hábiles a partir de la fecha en que se envió por correo la solicitud o el documento.

Conformidad con las leyes estatales

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

Renuncia de responsabilidad

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

Contrato indivisible

Este Contrato y *Evidencia de cobertura*, junto con el *Resumen de beneficios y de cobertura*,

Programa de beneficios y el *Formulario*, la solicitud y cualquier complemento, enmiendas, endosos o anexos constituyen colectivamente el Contrato Completo entre Nosotros y Usted. Ningún cambio en este Contrato tiene validez a menos que se haga por escrito y uno de nuestros funcionarios ejecutivos lo apruebe. A usted se le notificará de tales cambios. Ningún agente puede cambiar esta Evidencia de cobertura ni renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Ejecución de un contrato: solicitud de cobertura

Las partes reconocen y aceptan que su firma o ejecución de la solicitud se considerará como su aceptación del contrato, incluido este Contrato. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, o la tergiversación intencional de un hecho material, hechas por el solicitante (Usted y/o sus Dependientes) se considerarán representaciones y no garantías. Ninguna declaración de este tipo anulará la Cobertura ni reducirá los beneficios, salvo que esté contenida en una solicitud escrita firmada por el Suscriptor y que haya sido entregada al Suscriptor o a su representante.

Reforma federal y estatal de la atención médica

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

Fraude

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

Ley aplicable

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

Hospitalización en la Fecha de vigencia de cobertura

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

Tarjetas de identificación

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

hospitalarios y otros Servicios de atención médica.

Contratistas independientes

Los Proveedores participantes no son empleados, representantes ni agentes del Plan. Ellos son contratistas independientes. El Plan no es responsable de sus acciones ni de su incapacidad para actuar. Si no está satisfecho con su atención médica, lo animamos a que se comuniquen con Servicios para Miembros llamando al 1-844-282-3025.

Acciones legales

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

Actividad del miembro

Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, un beneficio o que deliberadamente presente información falsa para la prestación de los servicios puede ser culpable de un delito y quedar sujeto a multas civiles y sanciones penales. Podemos rescindir la inscripción de cualquier miembro por cualquier tipo de actividad fraudulenta. Algunos ejemplos de actividad fraudulenta son:

- Falsificar la información de la inscripción;
- Permitir que alguien use su Tarjeta de identificación (ID).
- Falsificar o vender recetas; o
- Tergiversar una afección médica para recibir Beneficios cubiertos a los que normalmente usted no tendría derecho.

Presentación de información falsa

Si, en los primeros dos (2) años a partir de la fecha vigente de su cobertura y/o la de sus Dependientes, usted omitió intencionalmente información de hechos materiales en su Solicitud y/o proporcionó información fraudulenta, la cobertura para usted y/o su Dependiente se considerará nula y sin ningún valor desde la fecha vigente. En el caso de fraude, no se aplicarán límites de tiempo y se le exigirá que pague todos los beneficios que le hayamos provisto. Le proveeremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

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

Declaraciones erróneas

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

- esté en una solicitud de inscripción escrita firmada por el Suscriptor; y
- se ha entregado una copia firmada de la solicitud de inscripción al Suscriptor o al representante personal del Suscriptor.

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

Aviso

Si el presente Contrato nos exige o permite que le entreguemos algún Aviso a usted, se otorgará de manera apropiada si se hace por escrito y se entrega personalmente o se deposita en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepago y dirigido a Usted en la dirección registrada en el expediente en Nuestra oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar la exactitud de su dirección registrada en el expediente con Nosotros.

Políticas y procedimientos

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

Actividad del médico/proveedor

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

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

Si no puede resolver el problema con el Proveedor, o si sospecha de cualquier otra actividad, comuníquese con Nuestros Servicios para Miembros.

Revalidaciones

Podríamos revalidar este Contrato después del vencimiento sin la ejecución de una nueva Solicitud o la emisión de una nueva Tarjeta de identificación. La revalidación de una póliza tras el impago de la prima sólo cubrirá el siniestro resultante de una lesión accidental sufrida posteriormente o el siniestro debido a una enfermedad que comience más de diez días después de la fecha de dicha aceptación.

Límite de tiempo en ciertas defensas

Usted debe completar precisa y totalmente la solicitud de inscripción en nombre propio y de cualquier dependiente elegible que desee inscribir en el Plan. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, hechas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán representaciones y no garantías. Dichas declaraciones no se utilizarán para anular la cobertura ni para reducir los beneficios, a menos que se encuentren en una solicitud por escrito de este Contrato. En el caso de que se haga una declaración errónea en una solicitud que NO fue fraudulenta ni deliberada, aplicamos y cobramos la prima que se le hubiera cobrado en el momento en que la cobertura tuvo efecto si tal error no se hubiera hecho.

Exención por parte de agentes

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

DEFINICIONES

Siempre que se utilicen en este Contrato, los siguientes términos tienen el significado de abajo, salvo lo definido específicamente de otra manera:

Abuso de sustancias se refiere al uso excesivo, abuso o dependencia de alcohol, drogas o sustancias químicas.

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

Afección grave y compleja se define como, en el caso de una enfermedad aguda, una afección que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o en el caso de una enfermedad o afección crónica, una afección que ponga en peligro la vida sea degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita y requiera atención médica especializada durante un período prolongado.

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

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

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

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

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

Alcoholismo significa la dependencia o abuso de alcohol según los criterios establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas IV en referencia a estos trastornos.

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

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

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

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

Apelación es el proceso formal por el cual usted, una persona actuando en su nombre o su Proveedor registrado puede solicitar la reconsideración de una Determinación adversa.

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

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

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

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios que un Médico ordena que requieren de las habilidades clínicas y el personal profesional de un Enfermero registrado (RN) o Enfermero práctico registrado (LPN). La atención especializada se presta directamente por o

bajo la supervisión de dicho personal a un paciente que necesita esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, junto con otro tratamiento, para recuperarse de una enfermedad o lesión. La Atención médica especializada no incluye Cuidado de custodia.

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

- Revisión previa, simultánea y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o el sitio para la prestación de los servicios;
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados;
- Incentivos o desincentivos financieros para que los afiliados utilicen determinados proveedores, servicios o sitios para la prestación de los servicios;
- Acceso controlado a y coordinación de los servicios por parte de un administrador de casos; y
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios para la atención médica de costo alto para pacientes.

Atención médica de seguimiento es tener contacto con un paciente, o que se le vuelva a examinar en intervalos de seguimiento de diagnóstico o durante el curso de un tratamiento.

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

Autorización previa es la decisión emitida por un plan de atención médica de que un Servicio de atención médica solicitado por un Médico/Proveedor o Persona cubierta se ha revisado y, en base a la información disponible, cumple con los requisitos de cobertura y Necesidad médica del plan de atención médica y que, por lo tanto, los Servicios de atención médica solicitados están autorizados.

Beneficiario significa una persona designada por un participante o por los términos del plan de beneficios de salud, que tenga o pueda tener derecho a un beneficio bajo el plan.

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

- Administrados u ordenados por un médico u otro proveedor calificado;
- Son Médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una Lesión o Enfermedad;
- No están excluidos en ninguna de las disposiciones de este Contrato; y
- Se utilizan mientras la cobertura del Miembro está vigente de conformidad con el Contrato.

Se considera que se ha incurrido en un Servicio cubierto en la fecha en que se prestó u obtuvo el servicio o suministro que dio lugar al gasto o cargo.

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

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

Cancelación de la cobertura significa la cancelación o no renovación de la cobertura provista por un plan de atención médica a un demandante, pero no incluye una cancelación voluntaria por parte de un demandante o la cancelación de un plan de beneficios de salud.

Cargo permitido es la cantidad que hemos determinado que sea el máximo por pagar por un servicio cubierto. El monto por pagar por los servicios cubiertos brindados por proveedores no participantes será ya sea la tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante, o en base a nuestra lista de tarifas fuera de la red. La lista de tarifas fuera de la red es la tarifa usual y habitual basada en la cantidad proporcional de CHRISTUS negociada para los Servicios dentro de la red, y que es consistente con lo que se reconoce a nivel nacional y que es generalmente aceptado por la mayoría y la lógica. Nuestra lista de tarifas fuera de la red se basa en los estándares y las prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar los cargos facturados habitualmente por un servicio, y que con equidad y exactitud reflejan las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos, y que es consistente con la edición y lógica de agrupaciones reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas.

Centro de atención médica es el centro que presta servicios de atención médica, incluido un hospital, clínica de emergencias, clínica para pacientes ambulatorios u otro centro que presta servicios de atención médica.

Centro de enfermería especializada significa un lugar que:

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

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

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

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

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

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

Cirugía cosmética es la cirugía que se lleva a cabo principalmente para mejorar la apariencia y la autoestima, la cual puede incluir una modificación de las estructuras normales del cuerpo.

Cobertura acreditable significa cobertura de una persona por (a) un plan de salud grupal; (b) una cobertura de seguro médico; (c) cobertura de Medicare; (d) Medicaid; (e) cobertura de seguro médico por la Ley General Militar; (f) un programa de atención médica del Servicio de salud indígena u organización tribal; (g) una mancomunidad de riesgos de beneficios de salud estatal; o (j) un plan de salud ofrecido para empleados federales; (i) un plan de salud público; o (j) un plan de beneficios de salud proporcionado a miembros del Cuerpo de Paz. Dicho término no incluye la cobertura consistente únicamente en la cobertura de beneficios exceptuados.

Cobertura/Cubierto son los beneficios extendidos de conformidad con este Contrato, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este.

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

Colocación o "ser colocado", para adopción, en relación con cualquier colocación para adopción de un niño con cualquier persona significa la asunción y retención por parte de dicha persona de una obligación legal de manutención total o parcial de dicho niño en previsión de la adopción de este. El acogimiento del menor con dicha persona finaliza con el cese de dicha obligación legal.

Comisionado es el Comisionado de seguros de Louisiana.

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

Continuidad de la atención del paciente una persona que, con respecto a un proveedor o centro, está recibiendo un tratamiento para una Afección grave y compleja por parte del proveedor o centro; está recibiendo un curso de atención institucional o hospitalaria por parte del proveedor o centro; está programado para someterse cirugía no electiva por parte del proveedor, incluyendo recibir atención postoperatoria de dicho proveedor o centro con respecto a dicha cirugía; está embarazada y está recibiendo un tratamiento para el embarazo por parte del proveedor o centro; o tiene o se determinó que tiene una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad de dicho proveedor o centro.

Copago es el monto que los miembros deben pagar para a un proveedor participante u otro proveedor autorizado por la provisión de servicios de atención médica.

Coseguro es la responsabilidad financiera compartida por los gastos cubiertos entre la persona con cobertura y este plan, expresado como un porcentaje.

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

Craneomandibular es la articulación en donde la mandíbula se une al cráneo. También llamada articulación temporomandibular (TMJ, en inglés).

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

Deducible es parte de la contribución que los miembros hacen al costo de su atención médica, también se conoce como costos compartidos. Es ese monto que el miembro debe pagar cada Año calendario, directamente al médico/proveedor por los Servicios de atención médica cubiertos

antes de que CHRISTUS Health Plan empiece a pagar los Beneficios cubiertos. El Deducible se puede no aplicar a todos los Servicios de atención médica.

Demandante significa un inscrito o un médico, proveedor u otra persona designada para actuar en el nombre de un inscrito, que presenta una queja.

Dentro de la red se refiere a la atención que se recibe de un proveedor participante.

Departamento es el Departamento de Seguros de Louisiana.

Determinación adversa significa:

- Una determinación por parte del Plan o de su Revisión de utilización en la que, basándose en la información proporcionada de una solicitud de un beneficio en virtud del Plan de beneficios de salud tras la aplicación de cualquier técnica de Revisión de Utilización, no cumple los requisitos del Plan en cuanto a necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia o se determina que es experimental o de investigación y, por lo tanto, se deniega, reduce o finaliza el beneficio solicitado o no se proporciona el pago, en su totalidad o en parte, del beneficio;
- La denegación, reducción, terminación o no prestación o no pago, total o parcial, de un beneficio basada en la determinación por parte de un HHI (o una URO) de la elegibilidad de una persona cubierta para participar en el plan de beneficios médicos del emisor del seguro médico;
- Cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva que deniegue, reduzca o suprima o deje de proporcionar o abonar, total o parcialmente, un beneficio de un plan de beneficios médicos; o bien
- Una determinación de rescisión de cobertura.
- Las determinaciones adversas de medicamentos con receta son la denegación de beneficios si:
 - el medicamento no está incluido en un formulario utilizado para el plan de beneficios de salud y
 - el médico del inscrito u otro profesional autorizado para recetar ha determinado que el medicamento es médicamente necesario.

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

Doula es cualquier persona que ha recibido un estado de registro aprobado por la Junta de Registro de Doula de Luisiana.

Enfermedad potencialmente mortal significa una afección grave, seria o aguda para la que la muerte es probable.

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

Enfermedad urgente es una enfermedad que no pone en peligro la vida y que requiere atención

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

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

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

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

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

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

Ensayo clínico es estudio de investigación que prospectivamente asigna a participantes humanos o grupos de personas para una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar los efectos de los resultados en su salud.

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

Errores Genéticos Congénitos del Metabolismo (EIM) significa una enfermedad causada por una anomalía hereditaria de la química corporal e incluye las siguientes enfermedades:

- Acidemia glutárica
- Acidemia isovalérica

- Enfermedad de la orina de jarabe de arce
- Acidemia metilmalólica
- Fenilcetonuria
- Acidemia propiónica
- Tirosinemia
- Defectos del ciclo de la urea

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

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

Experimental o de investigación es un tratamiento, servicio o dispositivo de atención médica que recientemente ha sido desarrollado científicamente o que tiene bases de apoyo clínico que demuestran su potencial eficacia en el tratamiento, servicio, o dispositivos, pero que aún no ha sido ampliamente aceptado como un estándar prevaleciente de atención médica.

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

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

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

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

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

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

- Ofrece servicios de enfermería 24 horas por enfermeros registrados certificados (RN, por sus siglas en inglés);
- Principalmente brinda atención diagnóstica y terapéutica bajo la supervisión de Médicos mientras está confinado en el hospital; y
- Mantiene centros quirúrgicos permanentes o tiene un acuerdo con otro centro quirúrgico supervisado por personal que comprende a uno o más médicos.

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

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

Intercambio hace referencia al Intercambio de Seguros Médicos.

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

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

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

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

Madre temporalmente discapacitada por razones médicas significa una mujer que ha dado a luz recientemente y cuyo médico ha aconsejado que un viaje normal sería peligroso para su salud.

Mamografía de detección, o "mamografía en dosis bajas", significa las radiografías del seno

utilizando un equipo dedicado específicamente para mamografía, que incluye un tubo de radiografía, filtro, dispositivo de compresión, pantallas, películas y cassetes, con una entrega de exposición a la radiación de menos de una radiación de medio seno, con dos vistas para cada seno.

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

Máximo desembolso directo anual es un monto específico de dinero por Servicios cubiertos recibidos en un Año calendario que es lo máximo que el miembro pagará (responsabilidad de Gastos compartidos) por ese año calendario.

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

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

Un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio no se considerarán médicamente necesarios si:

- Son experimentales, de investigación o con fines de investigación;
- Se proporcionan únicamente con fines educativos o para la conveniencia del paciente, la familia del paciente, el Médico, el Hospital o cualquier otro Proveedor;
- Excede en alcance, duración o intensidad el nivel de atención que se necesita para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y donde el tratamiento en curso tiene una finalidad de cuidado de mantenimiento o prevención;
- Podría haberse omitido sin afectar adversamente la Afección médica del paciente o la calidad de la atención médica;
- Implica el tratamiento o el uso de un dispositivo médico, medicamento o sustancia no aprobada formalmente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA); o
- Implica un servicio, suministro o medicamento que no es considerado razonable ni necesario en virtud del Manual de problemas de cobertura de Medicare de la Administración para el financiamiento de atención médica.

Es posible que le solicitemos a usted o a su proveedor que suministre literatura científica revisada por pares y basada en evidencias que demuestren que el servicio es necesario para la salud del miembro.

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

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

Médico corresponde a uno de los siguientes:

- Un doctor en medicina, cirujano u osteópata;
- Un doctor en podología o un doctor en quiropráctica, optómetra, psicólogo; o
- Cualquier otro Proveedor autorizado a quien la ley estatal debe reconocer como médico y que actúa dentro del alcance de su licencia para tratar una Enfermedad o Lesión.

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

Miembro es una persona:

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

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

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

Organización de revisión independiente (IRO) significa una entidad que lleva a cabo revisiones externas independientes de determinaciones adversas y determinaciones adversas finales. En asuntos relacionados con la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de la atención médica, el nivel de atención, la eficacia o una rescisión, la entidad aseguradora notificará por escrito a la persona cubierta su derecho a solicitar una revisión externa conforme a R.S. 22:2436 a 2438.

Organización para el mantenimiento de la salud es cualquier persona que se comprometa a brindar o hacer arreglos para prestar servicios básicos de atención médica a las personas inscritas de forma prepagada, salvo por la responsabilidad de los copagos o los deducibles de la persona inscrita.

Queja administrativa significa una queja verbal o por escrito presentada por o en nombre de un Demandante en relación con cualquier aspecto de un plan de beneficios de salud que no sea una solicitud de Servicios de atención médica, que incluye, pero no se limita a:

- prácticas administrativas del plan de atención médica que afecten la disponibilidad,

- entrega o calidad de los Servicios de atención médica;
- pago de reclamos, manejo o reembolso de Servicios de atención médica; y
- cancelación de la cobertura.

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

Pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima de seguro (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APFPTC) significa el pago de los créditos fiscales según lo especificado en la sección 36B del Código de los Estados Unidos (según modificación aportada por la sección 1401 de PPACA) y que se proporcionan con anticipación a una persona elegible inscrita en un QHP individual a través de un Intercambio, de conformidad con las secciones 1402 y 1412 de PPACA.

Persona calificada significa, con respecto al Intercambio, una persona que se ha determinado elegible para inscribirse a través del Intercambio en un plan de salud calificado en el mercado de Intercambio individual y de grupos pequeños

Plan de atención médica es una persona que tiene un certificado de autoridad válido solvente para actuar como una organización para el mantenimiento de la salud, plan de atención médica sin fines de lucro o plan dental prepagado.

Plan de beneficios de salud es el plan de salud o un Contrato, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un plan de atención médica o un administrador de planes para brindar, prestar, coordinar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención médica.

Plan de salud calificado o QHP significa la cobertura de atención médica que se ha determinado que cumple con los requisitos de la ley estatal y federal para que la cobertura se ofrezca a través del Intercambio.

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

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

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

Profesional de atención médica es el médico u otro profesional de atención médica, que incluye a un farmacéutico que tenga licencia, certificado o esté autorizado de otra manera por el estado para prestar servicios de atención médica según la ley estatal.

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

Proveedor no participante significa un proveedor que no es un Proveedor participante y que ofrece servicios fuera del área. También se le puede llamar un Proveedor fuera de la red.

Proveedor participante es un médico, proveedor, hospital o centro de atención médica que tiene un acuerdo con nosotros para aceptar nuestras tarifas y pagos como pago total por la prestación de los servicios de atención médica a los miembros. También se le puede llamar un Proveedor de la red.

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

Queja es cualquier estado de insatisfacción relacionado con cualquier aspecto de la operación de la organización y mantenimiento de la salud, expresado por un demandante, verbalmente o por escrito, ante la Organización para el Mantenimiento de la Salud.

Recién nacidos significa bebés desde el momento de su nacimiento hasta la edad de un mes o hasta el momento en que el recién nacido se encuentre lo suficientemente bien como para ser dado de alta de un hospital o unidad de cuidados especiales neonatales a su domicilio, según cuál sea el periodo más largo.

Red de proveedores significa una lista de los proveedores que son proveedores participantes.

Reducciones de costo compartido federal significan las reducciones en el Gasto compartido proporcionadas por la ley federal para una persona elegible, por ejemplo, una persona inscrita en un plan a nivel Silver en el Intercambio o para una persona que es Indígena Americano o Nativo de Alaska inscrita en un QHP en el Intercambio.

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

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

- la cancelación o interrupción de la cobertura solo tiene un efecto prospectivo; o

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

Revisión de uso simultáneo es un formulario de revisión de uso para servicios de atención médica que se están llevando a cabo para una extensión de tratamiento, más allá de los servicios de atención médica autorizados previamente.

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

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

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

Servicios básicos de atención médica significa atención de emergencia, hospitalización, servicios médicos ambulatorios, servicios quiroprácticos y servicios de laboratorio y radiografías. El término deberá incluir cobertura opcional para servicios de salud mental por abuso de alcohol o drogas. Respecto a los servicios quiroprácticos dichos servicios deberán ser proporcionados por remisión a solicitud del inscrito quien presenta una afección de naturaleza ortopédica o neurológica y que presente una afección de naturaleza ortopédica o neurológica que requiera remisión y cuyo tratamiento entre dentro de las competencias de un quiropráctico titulado.

Servicios de apoyo a la maternidad significa los servicios de apoyo físico, emocional y educativo prestados por una doula a mujeres embarazadas y parturientas antes, durante y después del parto. Los "servicios de apoyo a la maternidad" incluye apoyo para el duelo posparto.

Servicios de atención médica significa cualquier servicio proporcionado por proveedores que incluyen, pero no están limitados a atención médica y quirúrgica; servicios psicológicos, de optometría, ópticos, quiroprácticos, podiátricos, de enfermería y farmacéuticos; educación de salud, servicios de rehabilitación y de atención médica en el hogar; terapia física, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios; servicios dietéticos y nutricionales, servicios de laboratorio y ambulancia; y cualquier otro servicio destinado a prevenir, aliviar, curar o sanar enfermedades, lesiones o discapacidades físicas humanas. Servicios de atención médica también significa atención dental, limitada a la cirugía bucal y maxilofacial realizada por cirujanos bucales y maxilofaciales calificados. El término también incluirá una prueba anual de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino y un examen mínimo de mamografía.

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

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

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

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

Servicios para pacientes ambulatorios son aquellos Servicios de atención médica prestados en el consultorio del Proveedor, clínica, centro médico o Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios en el cual la estadía del paciente no dura más que 24 horas.

Servicios protésicos significa la ciencia y la práctica de evaluar, medir, diseñar, fabricar, ensamblar, adaptar, alinear, ajustar o mantener una prótesis mediante la sustitución de partes externas del cuerpo humano perdidas por amputación o deformidades congénitas para restaurar la función, la cosmética o ambas.

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

Solicitud son los formularios que cada Suscriptor debe completar al momento de inscribirse en Nuestra cobertura.

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

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

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

Telesalud significa un servicio prestado por un profesional de la salud con licencia, certificado o de otro modo autorizado para ejercer en Louisiana y que actúa dentro del alcance de su licencia, certificación o derecho como profesional de la salud para tratar a un paciente con diferente ubicación física a la del profesional de la salud que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Usted, su, y a Usted se refieren al Miembro.

Ejecutado en nombre y representación de CHRISTUS Health Plan:
[Firma autorizada de CHRISTUS Health Plan]



844.282.3025 | TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local
Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

CHRISTUShealthplan.org