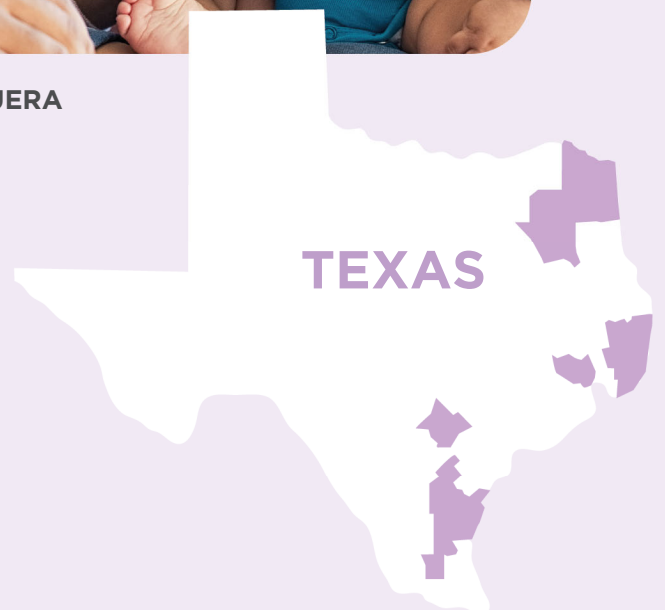


Evidencia de cobertura 2024



**CHRISTUS HEALTH PLAN PARA GRUPOS PEQUEÑOS FUERA
DEL INTERCAMBIO CUBRE A LOS MIEMBROS EN LOS
SIGUIENTES CONDADOS:**

- Anderson
- Aransas
- Bee
- Bowie
- Brooks
- Caldwell
- Cass
- Cherokee
- Comal
- Franklin
- Gregg
- Guadalupe
- Hardin
- Harrison
- Hays
- Hopkins
- Jasper
- Jefferson
- Jim Wells
- Karnes
- Kenedy
- Kleberg
- Live Oak
- Marion
- Morris
- Newton
- Nueces
- Orange
- Smith
- Rains
- Red River
- Refugio
- San Patricio
- Titus
- Tyler
- Upshur
- Van Zandt
- Wood





EVIDENCIA DE COBERTURA DE CHRISTUS Elite

Seguro de salud de Texas fuera del Intercambio - Cobertura para grupos pequeños

Este plan de beneficios de una Organización para el Mantenimiento de la Salud a elección del interesado (Consumer Choice), no cubre, ya sea de manera parcial o en su totalidad, los beneficios de salud exigidos por el estado y generalmente requeridos en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios médicos estándar le puede proporcionar un plan de salud más económico, aunque, al mismo tiempo, puede proporcionarle menos beneficios que los generalmente incluidos como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas.

Consulte a su agente de seguros para conocer cuáles son los beneficios de salud exigidos por el estado que están excluidos de esta evidencia de cobertura.

ESTE NO ES UN CONTRATO DE SEGURO DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES. AL ADQUIRIR ESTE CONTRATO, EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUScriptor DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES, Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUScriptor EL EMPLEADOR PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS, QUE, DE OTRA MANERA, SE ACUMULARÍAN BAJO LAS LEYES DE COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, COMO CORRESPONDE A LOS NO SUScriptORES Y SE DEBE PRESENTAR Y PUBLICAR LAS NOTIFICACIONES.

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.

Esta Evidencia de cobertura (“EOC”) es parte del Acuerdo del Grupo (el “Acuerdo del Grupo”) entre el Grupo y CHRISTUS Health Plan (la HMO). El Acuerdo del Grupo determina los términos y condiciones de la cobertura. Las disposiciones incluidas en esta EOC incluyen el **Programa de beneficios y cobertura** y cualquier modificación, cláusula o adjuntos, que pueden ser proporcionados junto a la EOC o agregados posteriormente.

La HMO acepta proporcionarle cobertura de beneficios al de acuerdo con las condiciones, derechos y privilegios establecidos en esta EOC. Su cobertura bajo esta EOC está sujeta a todas las condiciones y disposiciones del Acuerdo del Grupo.



Esta EOC describe sus beneficios de atención médica cubiertos. Se proporcionará la cobertura para servicios o suministros solo mientras Usted sea un Miembro y la cobertura esté vigente. Salvo como se describe en las **PROVISIONES GENERALES**: La **Cobertura de continuación COBRA** y **Cobertura de continuación estatal**, no se proporciona cobertura para ningún servicio recibido antes de que comience la cobertura o después de que finalice la misma.

Ciertas palabras tienen un significado específico en esta EOC. Los términos definidos están en mayúscula y se muestran en la disposición correspondiente o en la sección **DEFINICIONES** y en las enmiendas o anexos a esta EOC, si corresponde.

El Acuerdo del Grupo relacionado con esta EOC no es un contrato de seguro de compensación a los trabajadores. Pregúntele a su empleador si está suscritos al sistema de compensación a los trabajadores. Esta EOC se rige por la ley federal aplicable y por las leyes de Texas.

Por favor, lea cuidadosamente toda la EOC, ya que describe sus derechos y obligaciones y las de la HMO. Es su responsabilidad y del Grupo comprender estos términos y condiciones porque en algunas circunstancias, ciertos servicios médicos no están cubiertos o requieren Autorización previa de la HMO.

Esta EOC no cubre servicios si no se han pagado las Primas actuales. Si este Acuerdo del Grupo termina por impago de las Primas, Usted es responsable del costo de los servicios recibidos durante el Período de gracia descrito en **CÓMO FUNCIONA EL PLAN**.

Esta EOC aplica únicamente a su cobertura de la HMO. No limita su capacidad de recibir servicios de atención médica que no son Servicios cubiertos.

Ningún Proveedor participante u otro Proveedor, institución, centro o agencia es un agente o empleado de la HMO.

ESTA EVIDENCIA DE COBERTURA NO ES UN CONTRATO
COMPLEMENTARIO DE MEDICARE.

CHRISTUS HEALTH PLAN
CHRISTUS Elite
5101 N O'Connor Boulevard
Irving, Texas 75039
Número de teléfono gratuito: 1-844-856-0826
www.christushealthplan.org

Tabla de contenido

DEFINICIONES	6
AVISO PARA LOS MIEMBROS DE LA HMO DE TEXAS	17
QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS	18
Elegibilidad	18
Inscripción y Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura.....	20
CÓMO FUNCIONA EL PLAN	25
Información del Proveedor.....	25
Elegir un PCP.....	25
Su PCP	26
Cómo cambiar a su PCP.....	26
Continuidad de la atención.....	26
Tener un especialista como PCP	27
Disponibilidad de los Proveedores.....	27
Servicios Fuera de la red.....	27
Atención hospitalaria no proporcionada por un PCP	27
Comunicación con los Proveedores	28
Sus responsabilidades	28
Negarse a aceptar el tratamiento	28
Pago de las Primas	28
Falta de pago	28
Cambios en las tarifas de las primas	30
Procedimientos de Quejas para los Miembros	30
Tarjeta de identificación.....	30
Reembolso de reclamos de los Miembros.....	31
Reconsideración de Reclamos o Beneficios	32
PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES	32
Consultas de clientes.....	32
Cómo presentar una Queja con la HMO.....	32
Revisión retrospectiva de la utilización	33
Cómo apelar una Decisión de Queja de la HMO.....	33
Cómo apelar con el Departamento de Seguros de Texas.....	35

Cómo apelar una Determinación adversa	35
Apelación acelerada de una Determinación adversa.....	36
Cómo apelar ante una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)	37
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA	39
SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS	44
Copagos/Percentage de Copagos	44
Deducibles.....	44
Máximo de Desembolso directo	44
Requisitos.....	44
Servicios Profesionales	46
Servicios para pacientes hospitalizados	46
Servicios en Centros ambulatorios.....	48
Servicios ambulatorios de Laboratorio y Radiografías	48
Servicios de rehabilitación	48
Atención de maternidad y Servicios de planificación familiar	49
Servicios de emergencia.....	53
Servicios de atención de urgencia.....	53
Servicios de ambulancia.....	53
Servicios de Atención médica extendida	54
Servicios Preventivos y de Mantenimiento de la Salud	54
Procedimientos quirúrgicos dentales	58
Cirugía cosmética, reconstructiva o plástica.....	59
Atención para diabetes.....	60
Aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos	61
Equipo médico duradero	62
Audífonos.....	62
Servicios para el habla y la audición.....	62
Trastorno del espectro autista	62
Costos de rutina para los pacientes que participan en ciertos ensayos clínicos	63
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	65
BENEFICIOS DE FARMACIA	70
Definiciones	70
Medicamentos cubiertos	72
Seleccionar una Farmacia.	74
Su costo.....	75
Acerca de sus Beneficios	76

Determinaciones adversas sobre Medicamentos con receta	76
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS DE FARMACIA	79
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS	82
FOLLETO DE EXPLICACIÓN AL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	90
DISPOSICIONES GENERALES	93
Cancelación de la cobertura	93
Continuación de la cobertura o de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés)	96
Continuación de la cobertura estatal	97
Cambio de residencia	98
Reembolso - Actos de terceros.....	99
Asignación	99
Cancelación.....	99
Error administrativo	99
EOC completa.....	99
Fuerza mayor	100
Forma o contenido de la EOC.....	100
Género.....	100
Indisputabilidad.....	100
Interpretación de la EOC.....	100
Limitación de la responsabilidad	101
Modificaciones.....	101
Aviso	101
Relación Paciente/Proveedor	101
Relación de partes	101
Informes y registros	101
Subtítulos	102
Valor actuarial.....	102
MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO.....	103



DEFINICIONES

Año calendario significa el período que comienza el 1 de enero de cualquier año y finaliza el 31 de diciembre del mismo año.

Aparatos protésicos significa dispositivos artificiales que incluyen extremidades u ojos, aparatos ortopédicos o dispositivos protésicos u ortopédicos similares, que reemplazan todo o parte de un órgano corporal ausente (incluido el tejido contiguo) o reemplazan toda o parte de la función de un órgano corporal permanentemente inoperativo o que funciona mal (los aparatos dentales y el reemplazo de lentes de cataratas no se consideran Aparatos protésicos).

Área de servicio significa el área geográfica atendida por la HMO y aprobada por las autoridades reguladoras estatales. El Área de Servicio aplicable incluye el área que se muestra y describe en **ÁREA DE SERVICIO**.

Atención de emergencia significa servicios de atención médica brindados en un Centro de emergencia hospitalario, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro comparable para evaluar y estabilizar afecciones médicas de reciente aparición y gravedad, incluido, entre otros, dolor intenso, que llevarían a una persona prudente a poseer un conocimiento promedio de medicina y salud, creer que su afección, enfermedad o lesión es de tal naturaleza que no obtener atención médica inmediata podría resultar en:

- poner la salud del paciente en grave riesgo;
- deterioro grave de las funciones corporales;
- disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo;
- desfiguramiento grave; o
- en el caso de una persona embarazada, grave peligro para la salud del feto.

Atención de salud mental significa uno o más de los siguientes:

1. El diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno o afección mental enumerados en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría*, según lo revisado, o cualquier otro sistema de codificación de diagnóstico utilizado por la HMO o su administrador de salud conductual designado, ya sea que la causa de la enfermedad, trastorno o afección sea o no de naturaleza u origen físico, químico o mental;
2. El diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, afección, enfermedad o trastorno por parte de un Proveedor participante cuando el Servicio cubierto es:
 - psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta,
 - asesoramiento,
 - psicoanálisis,
 - pruebas y evaluaciones psicológicas,
 - la administración o el seguimiento de medicamentos psicotrópicos, o
 - visitas al Hospital (si corresponde) o consultas en un centro enumerado en el **punto 5** a continuación;



3. Tratamiento electroconvulsivo;
4. Medicamentos psicotrópicos;
5. Cualquiera de los servicios enumerados en los **puntos 1 a 4** anteriores, realizados en o por un Hospital (si corresponde) u otro centro o unidad con licencia que brinde dicha atención.

Atención de urgencia significa servicios médicos o de atención médica brindados en una situación que no es una emergencia y que generalmente se brindan en un entorno como el consultorio de un Proveedor de atención de urgencia o un Centro de atención de urgencia participante, como resultado de una lesión o enfermedad aguda que sea grave o dolorosa, suficiente para inducir a una persona prudente y no especializada, con conocimientos medios de medicina y salud, a creer que la afección, enfermedad o lesión de la persona es de tal naturaleza que la falta de tratamiento dentro de un período de tiempo razonable resultaría en un deterioro grave de su salud, estado de salud de la persona.

Atención posparto significa servicios de atención médica posparto brindados de acuerdo con evaluaciones físicas maternas y neonatales aceptadas, incluida la educación, asistencia y capacitación de los padres en alimentación materna y con biberón, y la realización de pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

Autorización previa significa una determinación por parte de HMO de que los servicios de atención médica propuestos para brindarse a un paciente son médicamente necesarios y apropiados. Los procesos de Autorización previa se llevarán a cabo de acuerdo con las leyes del estado de Texas.

Centro de enfermería especializada significa una institución o parte distinta de una institución que tiene licencia o está aprobada según la ley estatal o local, y que principalmente brinda atención de enfermería especializada y servicios relacionados como un Centro de enfermería especializada, un centro de atención prolongada o un centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Atención Médica, la Oficina de Hospitales de la Asociación Estadounidense de Osteopatía o según lo determine la HMO para cumplir con los estándares razonables aplicados por cualquiera de esas autoridades.

Centro de tratamiento psiquiátrico diurno significa una institución que cuenta con la licencia adecuada y está acreditada por la Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como Centro de tratamiento psiquiátrico diurno para la prestación de servicios de enfermedades mentales graves a los Miembros por períodos de tiempo que no excedan las ocho horas en cualquier periodo de 24 horas. Cualquier tratamiento en dicho centro debe ser certificado por escrito por el Médico tratante como sustituto de la hospitalización.

Centro de tratamiento de salud mental significa un centro que:

- cumple con los estándares de licencia;
- proporciona principalmente un programa para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos mentales o nerviosos agudos;
- prepara y mantiene un plan de tratamiento escrito para cada paciente basado en las necesidades médicas, psicológicas y sociales;
- proporciona todos los servicios médicos normales de nivel de enfermería o coordina con un hospital cualquier otro servicio médico que pueda ser necesario;
- está bajo la supervisión de un psiquiatra; y



- proporciona atención de enfermería especializada a cargo de enfermeros autorizados dirigidos por un enfermero registrado.

Centro de Tratamiento de dependencia química significa un centro que proporciona un programa para el tratamiento de la Dependencia química de conformidad con un plan de tratamiento escrito aprobado por la HMO o su administrador de salud conductual designado. El centro debe estar:

- afiliado a un Hospital en virtud de un acuerdo contractual con un sistema establecido para la Remisión de pacientes;
- acreditado como tal centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- autorizado, certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento de la Dependencia química por una agencia del estado de Texas que tenga autoridad legal para conceder licencias, certificar o aprobar; o
- si se encuentra fuera de Texas, autorizado, certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento de la Dependencia química por la agencia competente del estado en el que se encuentre y que tenga autoridad legal para autorizar, certificar o aprobar.

Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes significa una institución de cuidado infantil que brinda atención y tratamiento residencial para niños y adolescentes con trastornos emocionales y que está acreditada como centro de tratamiento residencial por el Consejo de Acreditación, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la Asociación Americana de Servicios Psiquiátricos para Niños.

Centro de tratamiento residencial significa un entorno de instalación (incluido un Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes) que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y programación especial en un entorno controlado que también ofrece un grado de seguridad, supervisión y estructura y que cuenta con la licencia del estado correspondiente. y autoridad local para proporcionar dicho servicio. No incluye casas de transición, programas de vida silvestre, viviendas supervisadas, hogares grupales, pensiones u otras instalaciones que brinden principalmente un entorno de apoyo y aborden necesidades sociales a largo plazo, incluso si se brinda asesoramiento en dichas instalaciones. Los pacientes son monitoreados médicamente con disponibilidad médica las 24 horas y servicio de enfermería en el lugar las 24 horas para atención de salud mental y/o tratamiento de dependencia química. La HMO requiere que cualquier Centro de tratamiento de salud mental, centro de tratamiento residencial y/o centro de tratamiento de dependencia química debe tener licencia en el estado donde está ubicado o estar acreditado por una organización nacional reconocida por la HMO como se establece en su contrato de acreditación actual. y cumple con todos los demás requisitos de acreditación establecidos en dicho contrato.

Cirugía estética, reconstructiva o plástica significa la cirugía que puede esperarse o está destinada a mejorar su aspecto físico, se realiza con fines psicológicos, o restaura la forma, pero no corrige ni restablece materialmente una función corporal.

Cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales significa 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.

Cobertura mínima esencial significa cobertura de seguro médico reconocida como cobertura que cumple sustancialmente con todos los requisitos conforme a la ley federal relacionados con una cobertura de seguro



médico individual, grupal o gubernamental adecuada. Para obtener información adicional sobre si una cobertura en particular se reconoce como “Cobertura mínima esencial”, llame al número de teléfono de servicio al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite www.cms.gov.

Complicaciones del embarazo significa las condiciones que requieren confinamiento en un hospital (cuando el embarazo aún no ha terminado), 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.

Consumidor de tabaco significa una persona a quien las leyes estatales y federales le permiten usar tabaco legalmente, con un consumo de tabaco (que no sea religioso o ceremonial) que ocurre en promedio cuatro o más veces por semana y que ocurrió por última vez dentro de los últimos seis meses (o cualquier otro significado requerido o permitido por la ley aplicable). El tabaco incluye, entre otros, cigarrillos, puros, tabaco para pipa, tabaco sin humo, rapé, etc. Para obtener información adicional, llame al servicio de atención al cliente al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o visite el sitio web en www.christushealthplan.org.

Copago significa el monto en dólares que Usted o alguien en su nombre debe pagar al momento del servicio a un Proveedor participante en relación con Servicios cubiertos proporcionados según se describe en **SERVICIOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS**.

Costos de atención de rutina del paciente significan los costos de cualquier servicio de atención médica Médicamente necesario para el cual se brindan beneficios según el Plan de beneficios de salud, independientemente de si el Miembro participa en un ensayo clínico.

Los costos de atención de rutina al paciente no incluyen:

- El artículo, dispositivo o servicio en investigación en sí;
- Artículos y servicios que se brindan únicamente para satisfacer las necesidades de recopilación y análisis de datos que no se utilizan en el manejo clínico directo del paciente; o
- Un servicio que es claramente inconsistente con los estándares de atención ampliamente aceptados y establecidos para un diagnóstico particular.

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 su afección médica. Los Servicios de 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 significa el monto en dólares que usted o en su nombre debe pagar a un Proveedor participante antes de que los beneficios estén disponibles en relación con los Servicios cubiertos proporcionados como se



describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS** y **BENEFICIOS DE FARMACIA**.

Dependiente(s) significa los familiares del Suscriptor que cumplen con los requisitos de elegibilidad de esta Evidencia de cobertura y han sido inscritos por el Suscriptor.

Dependencia química significa el abuso, la dependencia psicológica o física o la adicción al alcohol o a una Sustancia controlada.

Director médico significa un Médico de una HMO o su designado, quien es responsable es supervisar la prestación de Servicios de atención médica a los Miembros.

Ecología clínica significa el diagnóstico o tratamiento hospitalario o ambulatorio de síntomas alérgicos mediante:

- pruebas de citotoxicidad (comprobación del resultado de un alimento o inhalante en función de si reduce o mata o no los glóbulos blancos);
- autoinyección de orina (inyección de la propia orina en el tejido del cuerpo);
- irritación cutánea por el método de Rinkel;
- pruebas subcutáneas de provocación y neutralización (inyectando al paciente un alérgeno); o
- pruebas de provocación sublingual (se colocan gotas de extractos alérgicos en la boca).

Enfermedad o afección que amenaza la vida significa, a los efectos de un ensayo clínico, cualquier enfermedad o afección por la cual la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Enfermedad mental grave significa las siguientes enfermedades psiquiátricas según las define la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM):

- esquizofrenia;
- trastornos paranoides y otros trastornos psicóticos;
- trastornos bipolares (hipomaníacos, maníacos, depresivos y mixtos);
- trastornos depresivos mayores (episodio único o recurrente);
- trastornos esquizoafectivos (bipolares o depresivos);
- trastornos obsesivo-compulsivos;
- depresión en la infancia o la adolescencia.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) significa equipo que puede soportar el uso repetido, que se usa principal y generalmente para cumplir un propósito médico, que generalmente no es útil para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y que es apropiado para su uso en el hogar.

Especialista significa un Médico debidamente certificado, que no sea un PCP.

Experimental o de Investigación significa el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro no aceptado como Tratamiento médico estándar de la afección que se está tratando o cualquiera de dichos elementos que requieren aprobación de una agencia federal u otra agencia gubernamental no otorgada en el momento de los servicios fueron proporcionados. “Aprobación” por parte de una agencia federal significa que el tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro ha sido aprobado para la afección que se está tratando y, en el caso de un medicamento, en la dosis utilizada en el paciente. El tratamiento médico incluye tratamiento médico,



quirúrgico o dental. “Tratamiento médico estándar” significa los servicios o suministros que son de uso general en la comunidad médica de los Estados Unidos, y:

- se ha demostrado en literatura revisada por pares que tienen un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la afección que se está tratando;
- son apropiados para el Hospital o Proveedor participante; y
- el Profesional de atención médica ha tenido la capacitación y experiencia adecuadas para brindar el tratamiento o procedimiento.

La HMO determinará si cualquier tratamiento, procedimiento, instalación, equipo, medicamento, dispositivo o suministro es experimental o de investigación y considerará las pautas y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno al tomar su determinación.

Aunque un Profesional de atención médica puede haber recetado un tratamiento y los servicios o suministros pueden haberse proporcionado como tratamiento de último recurso, dichos servicios o suministros aún pueden considerarse experimentales o de investigación dentro de esta definición. El tratamiento proporcionado como parte de un ensayo clínico o un estudio de investigación es experimental o de investigación.

Fecha de vigencia de la cobertura significa la fecha de inicio de la cobertura según esta Evidencia de cobertura como se muestra en los registros de la HMO.

Fuera del área significa que no está dentro del Área de servicio.

Grupo significa el empleador o parte que ha celebrado un Acuerdo de grupo con una HMO, según el cual la HMO proporcionará o coordinará servicios de salud para los Miembros elegibles del Grupo que se inscriban.

HMO (Organización para el mantenimiento de la salud) significa CHRISTUS Health Plan.

Hospicio o Centro de cuidados paliativos significa una organización, autorizada por la autoridad reguladora correspondiente o certificada por Medicare como proveedor de cuidados de hospicio, que ha celebrado un acuerdo con la HMO para brindar cuidados paliativos a los Miembros. **Hospital** significa una institución de cuidados intensivos que:

- está debidamente autorizado por el estado en el que está ubicado y debe estar acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o certificado por Medicare;
- se dedica principalmente a brindar, en forma hospitalaria, atención médica y tratamiento a personas enfermas y lesionadas a través de instalaciones médicas, de diagnóstico y de cirugía mayor;
- proporciona todos los servicios en sus instalaciones bajo la supervisión de un equipo de Médicos;
- proporciona servicio médico y de enfermería las veinticuatro (24) horas del día; y
- tiene en vigor un plan de revisión de la utilización del Hospital.

Infertilidad significa la afección de un Miembro presumiblemente sano que no puede concebir o producir concepción después de un período de un año de relaciones sexuales heterosexuales frecuentes y sin protección. Esto no incluye afecciones para Miembros masculinos cuando la causa es una vasectomía u orquiectomía o para Miembros mujeres cuando la causa es una ligadura de trompas o histerectomía.



Institución de investigación significa una institución o Proveedor (persona o entidad) que realiza un ensayo clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV.

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

Mamografía y otras imágenes de diagnóstico de las mamas significa un examen de imagen mediante mamografía, ultrasonido o resonancia magnética diseñado para evaluar

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

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

Médico significa un Doctor en Medicina (M.D.) o Doctor en Osteopatía (D.O.) que tiene la licencia o certificación adecuada para brindar atención médica (dentro del alcance de su licencia) según las leyes del estado donde ejerce el individuo.

Medicamento necesario significa servicios o suministros (excepto que se limiten o excluyan en este documento) que son:

- esenciales para, consistentes con y proporcionados para el diagnóstico o la atención y tratamiento directos de la afección, dolencia, lesión o mal funcionamiento corporal;
- proporcionados de acuerdo con y en consistencia con los estándares de práctica médica generalmente aceptados en los Estados Unidos;
- no principalmente para su conveniencia o la conveniencia de su Proveedor participante; y
- los suministros o niveles de servicio más económicos y apropiados para su tratamiento seguro y eficaz.

Cuando se aplica a la hospitalización, esto significa además que Usted requiere cuidados intensivos como paciente hospitalizado debido a la naturaleza de los servicios prestados o su afección, y no puede recibir atención segura o adecuada como paciente ambulatorio. Para determinar si un servicio es Medicamento necesario, la HMO puede considerar las opiniones de las comunidades médicas estatales y nacionales y las pautas y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y literatura revisada por pares. Aunque un Proveedor participante puede haber recetado un tratamiento, dicho tratamiento puede no ser Medicamento necesario dentro de esta definición. Esta definición se aplica únicamente a la determinación de la HMO sobre si los servicios de atención médica son Servicios cubiertos según esta Evidencia de cobertura.

Mes de contrato significa el periodo de cada mes sucesivo a partir de la fecha de entrada en vigor del Acuerdo de grupo.



Miembro significa un Suscriptor o Dependiente(s) cubiertos por la HMO. Esta Evidencia de cobertura puede referirse a un Miembro como Usted o su.

Monto permitido significa la cantidad máxima determinada por la HMO para ser elegible para consideración de pago por un servicio, suministro o procedimiento particular prestado por un Proveedor participante. El Monto permitido se basa en las disposiciones del contrato del Proveedor participante y la metodología de pago vigente en la fecha del servicio, ya sea agrupación relacionada con el diagnóstico (DRG, por sus siglas en inglés), capitación, valor relativo, programa de tarifas, viáticos u otros.

Obstetra/Ginecólogo significa un Médico participante contratado por la HMO como Obstetra y/o Ginecólogo que puede ser seleccionado por una mujer para brindar:

- exámenes de mujer sana;
- atención obstétrica;
- atención para todas las afecciones ginecológicas activas; y
- diagnóstico, tratamiento y remisión de cualquier enfermedad o afección dentro del ámbito de la práctica profesional del Obstetra/Ginecólogo.

Pareja de hecho significa una persona con la que usted ha establecido una sociedad de hecho de acuerdo con las pautas del Grupo y que ha sido determinada elegible para la cobertura de HMO. Nota: La cobertura para parejas de hecho está disponible a discreción de su empleador. Comuníquese con su empleador para obtener información sobre si la cobertura de pareja de hecho está disponible para su grupo y si hay beneficios similares a COBRA disponibles.

Participante describe a un Proveedor que ha celebrado un acuerdo contractual con la HMO para la prestación de Servicios cubiertos a los Miembros.

Período de gracia significa un período de treinta (30) días después de todas las fechas de vencimiento de la prima, excepto la primera, durante el cual las Primas se pueden pagar a la HMO sin que se produzca una interrupción en la cobertura. Si el pago no se recibe dentro de los treinta días, la cobertura finalizará después del día 30 y usted será responsable del costo de los servicios recibidos durante el Período de gracia.

Período de inscripción abierta del grupo significa aquellos períodos de tiempo (al menos treinta y un (31) días) establecidos por el Grupo y la HMO de vez en cuando, pero no menos frecuentemente que una vez en cualquier doce (12) meses consecutivos, durante los cuales las personas elegibles que no se han inscrito previamente en la HMO pueden hacerlo.

Plan de beneficios de salud significa un contrato de seguro grupal, general o de franquicia, una Evidencia de cobertura emitida bajo un contrato grupal, un contrato de servicios hospitalarios grupales o un contrato de suscriptor grupal o evidencia de cobertura emitida por una organización de mantenimiento de la salud que brinda beneficios para servicios de atención médica.

Porcentaje de copago significa el porcentaje del Monto permitido que debe pagar Usted o en su nombre en el momento de la prestación del servicio a un Proveedor Participante en relación con los Servicios Cubiertos prestados según se describe en **SERVICIOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS**.

Prima significa el monto que el Grupo o Usted deben pagar a la HMO para continuar con la cobertura.

Profesional(es) de atención médica significa Médicos, enfermeras, audiólogos, Asistentes médicos,



primeros asistentes de enfermería, acupunturistas, psicólogos clínicos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, patólogos del habla y el lenguaje, asistentes quirúrgicos y otros profesionales dedicados a la prestación de servicios de salud. que tengan licencia, ejerzan bajo una licencia institucional, o estén certificados, o ejerzan bajo la autoridad de un Médico o una asociación profesional legalmente constituida, u otra autoridad consistente con la ley estatal.

Proveedor de atención de urgencia significa un Proveedor participante que ha celebrado un acuerdo contractual con la HMO para la prestación de Servicios cubiertos de Atención de urgencia a los Miembros.

Proveedor de atención primaria o PCP significa el Médico participante que es el principal responsable de brindar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. Usted y sus Dependientes deben seleccionar un PCP entre los enumerados por la HMO para brindar servicios de atención primaria. Puede elegir un PCP que sea médico de familia, internista, pediatra y/u obstetra/ginecólogo.

Proveedor significa cualquier institución, Médico, Profesional de atención médica u otra entidad debidamente autorizada para brindar servicios de atención médica.

Red limitada de proveedores significa una subred dentro de una red de prestación de servicios de la HMO en la que existen relaciones contractuales entre Médicos, ciertos Proveedores, asociaciones de Médicos independientes y/o Grupos de médicos que limitan su acceso únicamente a los Médicos y Proveedores de la subred.

Remisión significa indicaciones o instrucciones específicas de su PCP, de conformidad con las políticas y procedimientos de la HMO que lo dirigen a un Proveedor participante para recibir atención Médicamente necesaria.

Sensibilidad ambiental significa el tratamiento hospitalario o ambulatorio de síntomas alérgicos mediante el control del ambiente, la desinfección del entorno (eliminación de materiales tóxicos) o el uso de técnicas dietéticas especiales, no orgánicas y no repetitivas.

Servicios básicos de atención médica significa los servicios de atención médica que el comisionado determina que una población inscrita podría necesitar razonablemente para mantenerse en buen estado de salud.

Servicios cubiertos significa aquellos servicios de salud Médicamente necesarios especificados y descritos en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

Servicios dietéticos y nutricionales significa su educación, asesoramiento o capacitación (incluido material impreso) con respecto a la dieta, la regulación o el manejo de la dieta, o la evaluación o manejo de la nutrición.

Servicios de telesalud significa un servicio de salud, distinto de un Servicio Médico de Telemedicina o un servicio dental de teleodontología, brindado por un Proveedor profesional de la salud autorizado o certificado que actúa dentro del alcance de la licencia o certificación del Proveedor profesional de atención médica que no realiza una Telemedicina. Es un Servicio médico que requiere el uso de tecnología de telecomunicaciones avanzada, distinta a la telefónica o facsímil, que incluye:

- transmisión de datos, audio o vídeo interactivo digital comprimido;
- transmisión de datos clínicos utilizando imágenes por computadora mediante captura,



almacenamiento y transmisión de imágenes fijas; y

- otra tecnología que facilite el acceso a servicios de atención médica o experiencia en especialidades médicas.

Servicios hospitalarios (excepto los expresamente limitados o excluidos en esta Evidencia de cobertura) significan aquellos Servicios cubiertos Médicamente necesarios que generalmente y habitualmente son proporcionados por Hospitales generales de cuidados intensivos; y prescrito, dirigido o autorizado por el PCP.

Servicios médicos de telemedicina significa un servicio de atención médica iniciado por un Médico o proporcionado por un Proveedor profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión del Médico para fines de evaluación del paciente por parte de un profesional de la salud, diagnóstico o consulta por parte de un Médico, tratamiento o transferencia de datos médicos. que requiera el uso de tecnología de telecomunicaciones avanzada, distinta del teléfono o facsímil, incluyendo:

- transmisión de datos audio o vídeo interactivo digital comprimido;
- transmisión de datos clínicos utilizando imágenes por computadora mediante captura, almacenamiento y transmisión de imágenes fijas; y
- otra tecnología que facilite el acceso a servicios de atención médica o experiencia en especialidades médicas.

Servicios profesionales significa aquellos Servicios cubiertos Médicamente necesarios prestados por Médicos y otros Profesionales de atención médica de acuerdo con esta Evidencia de cobertura. Todos los servicios deben ser realizados, prescritos, dirigidos o autorizados por adelantado por el PCP.

Servicios sociales médicos significa aquellos servicios sociales relacionados con el tratamiento de la afección médica de un Miembro. Dichos servicios incluyen, entre otros, la evaluación de:

- factores sociales y emocionales relacionados con la enfermedad del Miembro, la necesidad de atención, la respuesta al tratamiento y la adaptación a la atención; y
- relación de los requisitos médicos y de enfermería del Miembro con la situación del hogar, los recursos financieros y los recursos comunitarios disponibles.

Suscriptor significa una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad e inscripción aplicables de esta Evidencia de cobertura, y cuya solicitud de inscripción y pago de Prima han sido recibidos por la HMO.

Sustancia controlada significa una sustancia química volátil de la que se puede abusar, tal como se define en el Código de Salud y Seguridad de Texas, o una sustancia designada como Sustancia controlada en el Código de Salud y Seguridad de Texas.

Teleodontología significa un servicio de atención médica prestado por un dentista o un profesional de la salud que actúa bajo delegación y supervisión de un dentista y que actúa dentro del alcance de su licencia o certificación de dentista o profesional de la salud para tratar a un paciente en una ubicación física diferente a la del dentista profesional de la salud que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información.

Terapia de infusión implica la administración de medicamentos a través de una aguja o catéter. Se prescribe cuando la afección de un paciente es tan grave que no puede tratarse eficazmente con medicamentos



orales. Normalmente, "terapia de infusión" significa que un medicamento se administra por vía intravenosa, pero el término también puede referirse a situaciones en las que los medicamentos se administran a través de otras vías no orales, como inyecciones intramusculares y vías epidurales (en las membranas que rodean la médula espinal). La terapia de infusión en la mayoría de los casos requiere servicios profesionales de atención médica para la administración segura y eficaz del medicamento.

Terapia matrimonial y familiar significa la prestación de servicios de terapia profesional a individuos, familias o parejas casadas, individualmente o en grupos, e implica la aplicación profesional de teorías y técnicas de sistemas familiares en la prestación de servicios de terapia a esas personas. El término incluye la evaluación y remediación de disfunciones cognitivas, afectivas, conductuales o relacionales dentro del contexto del matrimonio o los sistemas familiares.

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. "Trastorno Neurobiológico" significa una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

Unidad de estabilización de crisis significa un programa residencial de veinticuatro (24) horas que generalmente es de naturaleza a corto plazo y brinda supervisión intensiva y actividades altamente estructuradas a los Miembros que muestran signos de una crisis psiquiátrica aguda demostrable de proporciones moderadas a graves.

Usted y su significa cualquier Miembro, incluidos el Suscriptor y sus Dependientes.



AVISO PARA LOS MIEMBROS DE LA HMO DE TEXAS

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 Texas en el sitio web: www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

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, porcentaje de copago 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.



QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS

Elegibilidad

No se impondrán normas de admisibilidad ni variaciones en la Prima en función de su estado de salud, condición médica, experiencia en materia de siniestros, recepción de asistencia, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad, discapacidad u otro factor relacionado con su estado de salud. La cobertura de esta Evidencia de cobertura se proporciona independientemente de su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Las variaciones en la administración, los procesos o las prestaciones de esta Evidencia de cobertura se basan en prácticas de gestión médica razonables y clínicamente indicadas, o forman parte de un incentivo de bienestar permitido; los desincentivos y/u otros programas no constituyen discriminación.

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

- Ser un ciudadano o tener nacionalidad estadounidense;
- Debe residir, vivir o trabajar en el Área de servicio de CHRISTUS Health Plan y la residencia legal de cualquier dependiente inscrito debe ser la misma que la del Suscriptor o debe estar:
 - en el área de Servicio y la persona tener la custodia o la tutela temporal o permanente de tales dependientes, lo que incluye a niños adoptados o niños objeto de un juicio de adopción por el suscriptor, donde el suscriptor tenga la responsabilidad legal por la atención médica de tales dependientes; o
 - en el área de servicio bajo otras circunstancias donde el suscriptor sea legalmente responsable de la atención médica de tales dependientes; o
 - En el área de servicio con el cónyuge del suscriptor; o
 - En cualquier parte de los Estados Unidos en el caso de un menor cuya cobertura en un plan sea requerida por una orden de apoyo médico.
- Encontrarse legalmente en los Estados Unidos, si no es un ciudadano o no tiene nacionalidad estadounidense;
- 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.

Elegibilidad del Suscriptor. Para ser elegible para inscribirse como Suscriptor, una persona puede:

1. Reside, vive o trabaja en el Área de servicio; y
2. ser un empleado de buena fe del Grupo con derecho a participar en el programa de beneficios de atención médica organizado por el Grupo o tener derecho a cobertura en virtud de un acuerdo de fideicomiso o contrato de trabajo; y
3. satisfacer cualquier requisito de período de prueba o de espera establecido por el Grupo.

Nota: Ningún período de espera podrá exceder los 90 días a menos que lo permita la ley aplicable. Si nuestros registros muestran que su Grupo tiene un período de espera que excede el período



permitido por la ley aplicable, entonces la HMO se reserva el derecho de comenzar su cobertura en una fecha que creemos que está dentro del período requerido. Independientemente de si ejercemos ese derecho, su Grupo es responsable de su período de espera. Si tiene preguntas sobre su período de espera, comuníquese con su Grupo.

Elegibilidad del Dependiente. Para ser elegible como Dependiente, una persona debe:

1. cumplir con todos los criterios de elegibilidad para Dependientes establecidos por el Grupo; y
2. ser el cónyuge o Pareja de hecho del Suscriptor. Es posible que se le solicite al Suscriptor que presente una copia certificada de una licencia de matrimonio o una declaración de matrimonio informal con la solicitud de inscripción/formulario de cambio del Dependiente antes de que se extienda la cobertura; o
3. ser un hijo Dependiente, que en adelante significa un hijo natural, un hijo adoptivo elegible, un hijastro, un hijo adoptado (incluido un niño para quien el Suscriptor o el cónyuge del Suscriptor es parte en una demanda en la que se busca la adopción del niño) o un hijo Dependiente de una Pareja de hecho menor de veintiséis años de edad, independientemente de la presencia o ausencia de dependencia financiera, residencia, condición de estudiante, situación laboral, estado civil, elegibilidad para otra cobertura o cualquier combinación de esos factores del hijo. Para ser elegible para la cobertura, el hijo del hijo de un Suscriptor también debe ser dependiente del Suscriptor para propósitos del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se presenta la solicitud de cobertura.

Además, un Dependiente incluirá a un niño para quien el Suscriptor o el cónyuge o Pareja de hecho del Suscriptor sea un tutor legal designado por el tribunal, siempre que se presente prueba de dicha tutela con la solicitud de inscripción/formulario de cambio del posible Dependiente; o

4. ser un niño de cualquier edad que es y continúa siendo incapaz de mantener un empleo debido a retraso mental o discapacidad física y que depende principalmente del Suscriptor para su apoyo económico y mantenimiento. El Suscriptor debe proporcionar a la HMO un Formulario de Declaración de Discapacidad del hijo Dependiente, incluyendo una certificación médica de discapacidad, dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de dicha certificación médica después de que el hijo alcance la edad límite y posteriormente según lo requiera la HMO, pero no más de una vez al año. La determinación de elegibilidad de la HMO será concluyente; o
6. tener una orden judicial para que se brinde cobertura a un cónyuge o hijo menor bajo el Plan de beneficios de salud del Suscriptor y se deberá realizar una solicitud de inscripción dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la emisión de la orden judicial.
7. ser nieto del asegurado o miembro del grupo si el nieto es:
 - soltero;
 - menor de 25 años de edad; y
 - un dependiente del asegurado o miembro del grupo para propósitos de impuesto federal sobre la renta en el momento en que se realiza la solicitud de cobertura del nieto; y

La cobertura del Suscriptor será una condición previa a la cobertura de los Dependientes



elegibles, y ningún Dependiente estará cubierto en virtud del presente antes de la Fecha de vigencia de la cobertura del Suscriptor.

Pérdida de la Elegibilidad. Usted debe notificar a la HMO sobre cualquier cambio que afecte su Elegibilidad o la de sus Dependientes para los servicios o beneficios de esta EOC en un plazo de treinta y un (31) días después del cambio.

Inscripción y Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura

La HMO no negará la inscripción o reinscripción a una persona que cumpla con los requisitos de elegibilidad para Suscriptores o Dependientes debido a estado de salud, edad, requisitos de servicios de atención médica, o la presencia de una afección física o mental preexistente, incluyendo el embarazo. Sin embargo, ninguna persona cuya cobertura haya sido cancelada según se describe en la sección **Cancelación de la cobertura** de las **DISPOSICIONES GENERALES** es elegible para reinscribirse. La HMO no podrá cancelar su cobertura debido a estado de salud o necesidades de atención médica.

Inscripción inicial. Cada empleado elegible del Grupo tendrá derecho a solicitar cobertura para él y sus Dependientes elegibles durante el Período de inscripción abierta inicial del Grupo. Todas las personas incluidas para la cobertura deben figurar en la solicitud de inscripción/formulario de cambio. No se requiere prueba de asegurabilidad. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura es el primer día del mes posterior al período de inscripción, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

Período de inscripción abierta del Grupo. Se llevará a cabo un Período de inscripción abierta del Grupo al menos una vez al año, momento en el cual los empleados y/o Dependientes elegibles podrán inscribirse como Miembros de la HMO. No se exigirá prueba de asegurabilidad. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura es el primer día del mes posterior al período de inscripción, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

Otros Eventos de inscripción. La cobertura bajo esta EOC para personas que se vuelven elegibles en momentos distintos a la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta del Grupo entrará en vigencia como se indica en los **puntos 1 a 6** a continuación, solo si la HMO recibe la solicitud de inscripción/formulario de cambio completo y los pagos de Prima aplicables oportunamente. "Oportunamente" significa dentro de los treinta y un (31) días a partir de la fecha del evento, a menos que se especifique y acuerde lo contrario entre el Grupo y la HMO.

- 1. Empleado recientemente Elegible.** Cada nuevo empleado del Grupo que sea elegible para la cobertura en un momento que no sea la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta del Grupo puede inscribirse él mismo y sus Dependientes elegibles. Si la solicitud no se realiza Oportunamente, es posible que el nuevo empleado elegible no se agregue hasta el próximo Período de inscripción abierta del Grupo. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura es el primer día del mes posterior a la Fecha en que el empleado ganó la elegibilidad, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.
- 2. Dependientes recientemente Elegibles.** El Suscriptor puede inscribir a cualquier persona que sea recientemente elegible como Dependiente al completar y enviar a la HMO una solicitud de inscripción/formulario de cambio dentro de los treinta y un (31) días después de alcanzar la elegibilidad. No se exigirá prueba de asegurabilidad. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura será la fecha del evento, es decir, matrimonio, entrada en una pareja de hecho, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda por adopción o tutela, a menos que el



Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario. Los Dependientes recientemente elegibles que no se agreguen a la cobertura dentro de los treinta y un (31) días posteriores al evento entrarán en vigencia de acuerdo con las disposiciones para inscritos tardíos.

- 3. Cobertura para hijos recién nacidos.** La Cobertura será automática para el hijo recién nacido del Suscriptor o del cónyuge o de la Pareja de hecho durante los primeros treinta y un (31) días siguientes a la fecha de nacimiento. La Cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si el niño es un Dependiente elegible y Usted notifica a la HMO (verbalmente o por escrito) o envía una Solicitud de inscripción/Formulario de cambio a la HMO Oportunamente y realiza o acepta realizar cualquier pago de Prima adicional, conforme a esta EOC. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de un hijo recién nacido será la fecha de nacimiento del recién nacido. Puede encontrar la Solicitud de inscripción/Formulario de cambio en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- 4. Hijos recientemente adoptados.** La cobertura será automática para un hijo recién adoptado del Suscriptor durante los primeros treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el Suscriptor sea parte en una demanda por adopción o treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la adopción sea definitiva. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si el niño es un Dependiente elegible y usted envía una Solicitud de inscripción/Formulario de cambio a la HMO dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el Suscriptor se convierte en parte en una demanda por adopción, la fecha en que la adopción se vuelve definitiva y Usted realiza o acepta realizar los pagos de Prima requeridos de conformidad con esta EOC. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para hijos recientemente adoptados deberá ser la fecha será la fecha en que usted se convierta en parte en una demanda de adopción o la fecha en que la adopción sea definitiva Puede encontrar la Solicitud de inscripción/Formulario de cambio en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
- 5. Dependientes por Orden judicial.** Los hijos dependientes para quienes el Suscriptor haya recibido una orden judicial que requiera que el Suscriptor brinde cobertura médica estarán cubiertos por un período inicial de treinta y un (31) días desde la fecha en que el Grupo recibe la notificación de la orden judicial. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si Usted envía una Solicitud de inscripción/Formulario de cambio a la HMO dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que EL Grupo reciba la orden judicial y realiza o acepta realizar los pagos adicionales de Prima requeridos de conformidad con esta EOC. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura para Dependientes por orden judicial será la fecha en que el Grupo reciba la orden judicial. Puede encontrar la Solicitud de inscripción/Formulario de cambio en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

La cobertura para un cónyuge dependiente para quien el Suscriptor ha recibido una orden judicial que le exige brindar cobertura médica entrará en vigencia el primer día del mes después de que la HMO reciba la solicitud de inscripción/formulario de cambio correspondiente y los pagos de Prima correspondientes, si la HMO recibe dicho formulario y pagos dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la emisión de la orden judicial.

- 6. Inscritos tardíos; Eventos de inscripción especial.** Los Suscriptores o Dependientes elegibles que inicialmente o recientemente son elegibles para la inscripción y que no se inscriben dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la elegibilidad son inscritos tardíos y solo pueden inscribirse durante un Período de inscripción abierta grupal posterior. Un Suscriptor o Dependiente elegible no



es un inscrito tardío en las siguientes situaciones:

- a. Adiciones de miembros de la familia** En caso de matrimonio, entrada en una sociedad de hecho, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda por adopción o recepción de una orden judicial para brindar cobertura al cónyuge o hijos de un Suscriptor (o individuo elegible como Suscriptor), un Suscriptor que no se inscribió cuando inicialmente era elegible, puede inscribirse él mismo y cualquier persona que sea elegible para ser Dependiente, como se establece a continuación. No se requiere prueba de asegurabilidad. Si la solicitud de inscripción/formulario de cambio y los pagos de Prima aplicables no se realizan a tiempo, estas personas se inscriben tarde y solo podrán inscribirse en un Período de inscripción abierta grupal posterior.
- (1) **Matrimonio o Pareja de hecho.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor y a su cónyuge o Pareja de hecho dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de matrimonio o de entrada en una pareja de hecho. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura es el primer día del mes posterior a la fecha del evento, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.
 - (2) **Nacimiento o Adopción.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor, a su cónyuge o Pareja de hecho y/o a sus hijos recién nacidos o recién adoptados. La fecha de entrada en vigencia será la fecha de nacimiento, adopción o al volverse parte en un proceso de adopción.
 - (3) **Dependientes por Orden judicial.** El Suscriptor puede inscribir al cónyuge y/o hijo(s) para los que Usted haya recibido una orden judicial que le obligue a proporcionar cobertura de atención médica.
 - (a) **Hijo(s) por Orden judicial:** Un Suscriptor puede inscribirse él mismo, si aún no está cubierto, y sus hijos, sujetos a la orden judicial. La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura es a partir de la fecha en que el grupo recibe la notificación de la orden judicial si la HMO recibe la solicitud de inscripción/formularios de cambio dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el Grupo recibe una orden judicial o una notificación de una orden judicial. y Usted realiza o acepta realizar cualquier pago de Prima adicional.
 - (b) **Cónyuge por Orden judicial:** La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura es el primer día del mes después de que la HMO reciba la solicitud de inscripción/el formulario de cambio, si la HMO recibe la solicitud/el formulario de cambio dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la emisión de la orden judicial y Usted realiza o acepta realizar cualquier pago de Primas adicionales.



b. Pérdida de otra Cobertura. Cualquier individuo elegible como Suscriptor o Dependiente que no se inscribió cuando inicialmente era elegible puede inscribirse si cada uno de los siguientes es cierto y si la HMO recibe la solicitud de inscripción/formularios de cambio completos y los pagos de Prima aplicables dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha la cobertura finaliza o después de que se rechaza un reclamo debido a que se alcanzó el límite de por vida bajo otro Plan de beneficios de salud, Plan de beneficios de salud del empleador autofinanciado u otra cobertura de seguro médico (denominados colectivamente en esta subsección como “Plan de beneficios de salud anterior”):

- (1) Usted o cualquier Dependiente elegible estaba cubierto por un Plan de beneficios de salud anterior en el momento en que inicialmente era elegible para inscribirse;
- (2) Usted rechazó la inscripción, por escrito, para usted y/o sus Dependientes en el momento de la elegibilidad inicial, indicando que la cobertura bajo un Plan de beneficios de salud anterior fue el motivo del rechazo de la inscripción; y
- (3) Usted o cualquier Dependiente elegible perdió la cobertura bajo un Plan de beneficios de salud anterior como resultado de:
 - (a) terminación del empleo;
 - (b) una reducción del número de horas de trabajo;
 - (c) terminación de la cobertura de su Plan de beneficios de salud anterior;
 - (d) Usted o Su Dependiente incurren en un reclamo que alcanzaría o excedería un límite de por vida en todos los beneficios bajo la cobertura del Plan de beneficios de salud anterior;
 - (e) el Plan de beneficios de salud anterior ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situación similar que lo incluyen a Usted o su(s) Dependiente(s);
 - (f) si la cobertura fue a través de una organización de mantenimiento de la salud, Usted o sus Dependientes ya no residen, viven o trabajan en el área de servicio de la organización de mantenimiento de la salud y no hay otra opción de beneficio disponible;
 - (g) terminación de la contribución a la prima hecha por el empleador anterior;
 - (h) fin del estatus de dependiente (por ejemplo, debido a la muerte de una esposa, divorcio, separación legal, llegar a la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente en el Plan de beneficios de salud anterior; o
 - (i) expiración del período de continuación de la cobertura del Plan de beneficios de salud anterior según el Título X de Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), según sus modificaciones o bajo las disposiciones de continuación del Código de Seguros de Texas.

La Fecha de entrada en vigencia de la cobertura bajo esta subsección es el día siguiente a la terminación de la cobertura anterior.

c. Pérdida de Cobertura gubernamental como Dependiente. Una persona que es elegible para inscribirse y que ha perdido la cobertura de Medicaid (Título XIX de la Ley del Seguro Social), excepto la cobertura que consiste únicamente en beneficios bajo la Sección 1928 de esa Ley (42 U.S.C. Sección 1396s) o bajo el Seguro Médico para Niños de Texas. (CHIP, por sus siglas en



inglés), Capítulo 62, Código de Salud y Seguridad, no es un inscrito tardío, siempre que la HMO reciba los formularios de solicitud/cambio de inscripción adecuados y los pagos de Prima aplicables dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que dicha persona pierde la cobertura. La cobertura entrará en vigencia el día después de que finalice la cobertura anterior.

- d. **Programa de Reembolso del pago de la Prima de Atención Médica (HIPP, por sus siglas en inglés).** Una persona que es elegible para inscribirse y que recibe asistencia médica según el programa Medicaid del estado de Texas o está inscrita en CHIP, y que es participante en el programa de reembolso HIPP del estado de Texas puede inscribirse sin restricciones de período de inscripción. Si el individuo no es elegible a menos que un miembro de la familia esté inscrito, tanto el individuo como el miembro de la familia pueden inscribirse. La Fecha de entrada en vigencia de la Cobertura es el primer día del mes después de que la HMO reciba (i) una notificación por escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, o (ii) sus formularios de inscripción, siempre que dichos formularios y los pagos de las Primas aplicables sean recibidos por la HMO dentro de los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que la persona sea elegible para participar en el Programa de reembolso HIPP.



CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Información del Proveedor

Usted tiene derecho a recibir atención y servicios médicos de Proveedores participantes, incluidos los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos Médicamente necesarios que se brindan general y habitualmente en el Área de servicio. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Para tener cobertura, un servicio que es Médicamente necesario también debe estar descrito en los **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBERTOS**. Aunque un Médico u otro Profesional de atención médica haya realizado, recetado o recomendado un servicio, no significa que sea Médicamente necesario o que esté cubierto por **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBERTOS**. Algunos Servicios cubiertos también pueden requerir Autorización previa por parte de la HMO. El proceso de Autorización previa se llevará a cabo según las leyes del estado de Texas.

Solo los servicios realizados, recetados, dirigidos o autorizados por adelantado por el PCP o la HMO son beneficios cubiertos según esta EOC, excepto la Atención de emergencia, la Atención de urgencia o los Servicios cubiertos brindados a mujeres Miembros, quienes pueden acceder directamente a un Obstetra/Ginecólogo en la misma Red limitada de Proveedores como su PCP para: 1) exámenes de mujer sana; 2) atención obstétrica; 3) atención para todas las afecciones ginecológicas activas; y 4) diagnóstico, tratamiento, y Remisión para cualquier enfermedad o afección dentro del ámbito del ejercicio profesional del Obstetra/Ginecólogo. Los PCP de una Red limitada de Proveedores se identificarán en el directorio de proveedores de la HMO o Usted puede llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono gratuito que figura en el reverso de su Tarjeta de identificación.

La HMO y los Proveedores participantes no tiene ninguna responsabilidad financiera por ningún servicio que busque o reciba de un Proveedor o centro no participante, excepto como se establece a continuación, a menos que tanto su PCP como su HMO hayan hecho arreglos previos de autorización de Remisión.

Elegir un PCP

Usted debe elegir un PCP al momento de inscribirse. Si cualquier Miembro es menor de edad o incapaz de otra manera de elegir un PCP, el Suscriptor debe elegir a un PCP en nombre del Miembro. Si inscribe a sus Dependientes, Usted y sus Dependientes deben elegir a un PCP del Directorio de Proveedores participantes de la HMO para recibir los Servicios cubiertos. Para encontrar la lista más actualizada de los Proveedores participantes, visite el sitio web en www.christushealthplan.org. También puede consultar su Directorio de proveedores o llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. También puede solicitar una copia escrita del directorio de Proveedores participantes, que se actualiza trimestralmente, llamando al servicio de atención al cliente. Cada directorio identifica solo a aquellos Proveedores que actualmente aceptan pacientes. La HMO puede asignarle un PCP si no ha seleccionado uno.

Las mujeres inscritas pueden seleccionar, además de un médico de atención primaria, un obstetra o ginecólogo para brindarle al Miembro servicios de atención médica que estén dentro del alcance de la práctica profesional especializada de un obstetra o ginecólogo debidamente acreditado.

Los Miembros a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal pueden solicitar aprobación para elegir a un Especialista participante como PCP mediante el proceso



descrito en **Tener un Especialista como PCP.**

Su PCP

Su PCP coordina su atención médica, según sea apropiado, ya sea proporcionando tratamiento o emitiendo Remisiones para dirigirlo a Usted a Proveedores participantes. El PCP también puede ordenar exámenes de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o tratamientos y organizar hospitalizaciones.

Los servicios de telemedicina telesalud y teleodontología están Cubiertos en este Contrato al mismo nivel y montos de copago que otras visitas a consultorios.

Si su PCP realiza, sugiere o recomienda un curso de tratamiento para usted que incluye servicios que no son Servicios cubiertos, el costo total de dichos Servicios no cubiertos será su responsabilidad.

Cómo cambiar a su PCP

Puede cambiar su PCP llamando al número de teléfono gratuito de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación para realizar el cambio o solicitar un formulario de cambio o asistencia para completar ese formulario. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción y aprobación de la solicitud por parte de la HMO.

En caso de terminación del contrato de un Proveedor participante de cualquier tipo, la HMO hará todo lo posible para notificar con antelación razonable a los Miembros que reciben atención de dicho Proveedor participante que la terminación es inminente. Circunstancias especiales pueden hacer que Usted sea elegible para continuar recibiendo tratamiento de un Proveedor participante después de la fecha de vigencia de la terminación, que se describe detalladamente en **Continuidad de la atención.**

Continuidad de la atención

Si usted está bajo el cuidado de un Proveedor participante que deja de participar en la red de la HMO, la HMO continuará a cobertura por Servicios cubiertos de dicho Proveedor si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted tiene una discapacidad, afección aguda, enfermedad potencialmente mortal, está programado para someterse a una cirugía no electiva (incluyendo recibir atención posoperatoria) o está en embarazo; y
- el Proveedor acepta continuando aceptando el mismo reembolso que se aplicó al participar en la red de HMO y no exigirle pago alguno por ningún monto del cual Usted no sería responsable si el Proveedor todavía estuviera participando en la red de HMO.

La cobertura de continuidad no se extenderá por más de noventa (90) días (o más de nueve (9) meses si se le ha diagnosticado una enfermedad terminal) más allá de la fecha en que la terminación del Proveedor entre en vigencia. Si Usted está embarazada cuando la terminación del Proveedor entre en vigencia, la cobertura podrá extenderse hasta el parto, la atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas posteriores al parto.

En caso de que un miembro acuda a un médico o proveedor que esté pendiente para terminar su contrato con el plan, CHRISTUS Health Plan le proporcionará un aviso al miembro.



Tener un especialista como PCP

Si le han diagnosticado una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede comunicarse con el servicio de atención al cliente al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación para obtener información y presentarla para su aprobación por parte del Director médico de la HMO para elegir un Especialista participante como su PCP. El Director médico solicitará que tanto Usted como el Especialista participante interesado en actuar como su PCP firmen una certificación de necesidad médica y la presenten junto con toda la documentación de respaldo. El Especialista participante debe cumplir con todos los requisitos de la HMO para participar como PCP y estar dispuesto a aceptar la coordinación de todas sus necesidades de atención médica. Si su solicitud es denegada, Usted puede apelar la decisión como se describe en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**. Si su solicitud es aprobada, la designación del Especialista como su PCP no tendrá efectos retroactivos. Según se utiliza en este documento, “potencialmente mortal” significa una enfermedad o afección para la cual la probabilidad de muerte es probable, a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o afección.

Disponibilidad de los Proveedores

La HMO no puede garantizar la disponibilidad o participación continua de un Proveedor en particular. La HMO o cualquier Proveedor participante puede terminar el contrato del Proveedor o limitar el número de Miembros que serán aceptados como pacientes. Si el PCP seleccionado inicialmente no puede aceptar pacientes adicionales, usted tendrá la oportunidad de elegir a otro PCP. Usted debe cooperar con la HMO para elegir a otro PCP.

Servicios Fuera de la red

Cuando recibe Atención de emergencia, Usted puede obtener Servicios cubiertos de Proveedores que no forman parte de la red de Proveedores participantes de la HMO. Además, los Dependientes por Orden judicial que vivan fuera del Área de servicio pueden utilizar Proveedores no participantes.

Si los Servicios cubiertos no están disponibles con Proveedores participantes dentro de los requisitos de acceso establecidos por la leyes y regulaciones, la HMO permitirá que Usted utilice a un Proveedor no participante para Servicios cubiertos médicamente necesarios, diferentes a atención de emergencia, según lo apruebe la HMO. Este proceso se hace a través de una solicitud de Remisión. La cual será aprobada en un plazo de cinco días hábiles. Cuando los servicios son proporcionados por un médico basado en un centro fuera de la red en un centro de la red, un Proveedor de servicios de diagnóstico por imagen fuera de la red o un Proveedor de servicios de laboratorio fuera de la red, o si a Usted no se le da la opción de elegir un médico o proveedor de la red, el Plan reembolsará íntegramente al médico fuera de la red según la tarifa habitual y acostumbrada. Si usted recibe una factura del saldo de un Proveedor no participante, comuníquese con Nosotros.

Atención hospitalaria no proporcionada por un PCP

Durante una estadía como paciente internado en un Hospital participante, Centro de enfermería especializada u otro Centro participante, puede ser apropiado que un Médico que no sea su PCP dirija y supervise su atención, si su PCP no lo hace. Sin embargo, después del alta, Usted debe seguir recibiendo atención de su PCP o hacer que su PCP coordine la atención que sea Médicamente necesaria.



Comunicación con los Proveedores

HMO no prohibirá, intentará prohibir ni disuadir a ningún Proveedor de discutir o comunicarle a Usted o a su designado cualquier información u opinión sobre su atención médica, cualquier disposición del Plan de beneficios de salud en relación con sus necesidades médicas o el hecho de que el contrato del Proveedor con la HMO haya terminado o que el Proveedor ya no brindará servicios bajo la HMO.

Sus responsabilidades

- Deberá completar y enviar una solicitud u otros formularios o declaraciones que puedan solicitarse razonablemente. Usted acepta que toda la información contenida en las solicitudes, formularios y declaraciones enviadas a HMO debido a la inscripción bajo esta EOC o la administración del presente será verdadera, correcta y completa a su leal saber y entender.
- Deberá notificar a la HMO inmediatamente sobre cualquier cambio de dirección para usted o cualquiera de sus Dependientes cubiertos.
- Usted comprende que la HMO actúa basándose en toda la información que usted proporcionó al momento de la inscripción y posteriormente y declara que la información proporcionada es verdadera y precisa.
- Al elegir la cobertura de conformidad con esta EOC, o aceptar los beneficios a continuación, todos los Miembros que son legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros que son incapaces de contratar, al momento de la inscripción y después, declaran que toda la información proporcionada es verdadera y precisa y acepta todos los términos, condiciones y disposiciones del presente documento.
- Usted está sujeto y deberá cumplir con las reglas y regulaciones de cada Proveedor que proporciona beneficios.

Negarse a aceptar el tratamiento

Usted puede negarse a aceptar procedimientos o tratamiento de un Proveedor participante, por razones personales. Los Proveedores participantes pueden considerar que dicha negativa a aceptar sus recomendaciones es incompatible con la continuidad de la relación Proveedor-paciente y obstruye la prestación de atención médica adecuada. Los Proveedores participantes harán todo lo posible para brindar todos los Servicios profesionales necesarios y apropiados de una manera compatible con sus deseos, en la medida en que esto pueda hacerse de manera consistente con el criterio del Proveedor participante en cuanto a los requisitos de la práctica médica adecuada. Si se niega a seguir un tratamiento o procedimiento recomendado y el Proveedor participante le informó que cree que no existe una alternativa profesionalmente aceptable, ni la HMO ni ningún Proveedor participante tendrá ninguna responsabilidad adicional de brindar atención para la afección bajo tratamiento.

Pago de las Primas

En o antes de la fecha de vencimiento de la Prima, el Grupo o su agente designado deberán remitir el pago a la HM, en nombre de cada Suscriptor y sus Dependientes, por el monto especificado por la HMO.

Falta de pago

Usted tendrá derecho a los servicios de salud cubiertos en virtud del presente documento solo si la HMO



recibe el pago estipulado y solo durante el Mes del contrato por el cual se reciba dicho pago. Si no se recibe el pago requerido en la fecha de vencimiento de la Prima del Mes del contrato, entonces su cobertura terminará al final del Período de gracia del Mes del contrato. Usted será responsable del costo de los servicios proporcionados durante el Período de gracia del Mes del contrato en caso de que el Grupo no realice los pagos de la Prima.



Cambios en las tarifas de las primas

La HMO se reserva el derecho a establecer un programa revisado de pagos de las Primas en cada fecha de aniversario de esta EOC previo aviso por escrito de sesenta (60) días al Grupo.

Un Consumidor de tabaco puede estar sujeto a un alza en la Prima de hasta 1.5 veces la tarifa aplicable a aquellas personas que no consumen tabaco, en la medida de lo permitido por ley aplicable, siempre y cuando la HMO brinde una oportunidad para compensar dicha variación en la Prima por medio de la participación en un programa de bienestar para prevenir o reducir el consumo de tabaco, si la ley aplicable lo requiere.

Procedimientos de Quejas para los Miembros

Cualquier problema o reclamo entre Usted y HMO o entre Usted y un Proveedor participante debe resolverse mediante el proceso descrito en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**. Las Quejas pueden estar relacionados con aspectos médicos o no de la atención, así como en esta EOC, incluido su incumplimiento o terminación.

Tarjeta de identificación

Las Tarjetas emitidas para los Miembros bajo esta EOC solo tienen propósitos de identificación. La Tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a los servicios u otros beneficios bajo esta EOC. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser un Miembro en cuyo nombre se han pagado efectivamente todos las Primas aplicables bajo esta EOC.

La tarjeta ofrece una manera conveniente de proporcionar información específica importante a su cobertura, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente:

- **Su número de identificación de Miembro.** Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfa de tres caracteres que identifica al Plan de salud como su aseguradora.
- Cualquier monto de Copago que apliquen a su cobertura.
- Números de teléfono importantes.

Recuerde siempre llevar su tarjeta de identificación con Usted y presentarla a sus Proveedores o Farmacias cuando reciba servicios de atención médica o suministros,

Recuerde que cada vez que se produzca un cambio en su familia, puede ser necesario que se le emita una nueva tarjeta de identificación a Usted y/o a cada dependiente cubierto (consulte la sección **QUIÉN RECIBE BENEFICIOS** para obtener instrucciones cuando se realicen cambios). Después de recibir el cambio de la información, la HMO le enviará una nueva tarjeta de identificación.

Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de Tarjetas de identificación

1. El Uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de tarjetas de identificación emitidas para Usted y sus dependientes cubiertos incluirá, sin limitarse a, las siguientes acciones, cuando sea intencional:



- a. Usar la tarjeta de identificación antes de la fecha de entrada en vigencia de la Cobertura;
 - b. Usar la tarjeta de identificación después de la fecha de cancelación de la cobertura bajo esta EOC;
 - c. Obtener medicamentos con receta u otros beneficios para personas que no están cubiertas de conformidad con esta EOC;
 - d. Obtener Medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos de conformidad con la EOC;
 - e. Obtener Medicamentos con receta para revender o para que sean utilizados por otra persona que no sea para quien emitió la Receta, aunque dicha persona esté cubierta de otra manera bajo la EOC;
 - f. Obtener Medicamentos cubiertos sin Receta o con una Receta falsificada o alterada;
 - g. Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso prudentes o Medicamento necesarios o que evadan las limitaciones de calidad establecidos en la EOC;
 - h. Obtener medicamentos con receta utilizando Recetas para el mismo medicamento de varios Proveedores, u
 - i. Obtener medicamentos con receta de varias Farmacias usando la misma Receta.
2. 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 las siguientes sanciones aplicables a todos los Miembros incluidos en su cobertura:
- a. Negación de los beneficios;
 - b. Cancelación de la cobertura bajo esta EOC para todos los Miembros incluidos en su cobertura;
 - c. Reembolso de su parte o de cualquiera de Sus dependientes cubiertos de cualquier pago de beneficios realizado;
 - d. Aprobación previa de compras de medicamentos y servicios médicos para todos los Miembros que reciben beneficios bajo su cobertura;
 - e. Aviso a las autoridades competentes por la violación potencial a la ley o a la ética profesional.

Reembolso de reclamos de los Miembros

No se espera que usted realice pagos, aparte de los Copagos/Porcentaje de copago requeridos y los Deducibles aplicables, por los beneficios proporcionados en virtud del presente. Sin embargo, si realiza dichos pagos, puede enviar a la HMO un reclamo de reembolso y, cuando sea necesario un reembolso, el Proveedor se lo hará a Usted. Su reclamo se permitirá solo si notifica a la HMO dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que se incurrieron por primera vez los gastos cubiertos, a menos que se pueda demostrar que no fue razonablemente posible dar el aviso dentro del límite de tiempo y que el aviso fue entregada tan pronto como sea razonablemente posible. Sin embargo, no se permitirán beneficios si el aviso del reclamo se realiza más allá de un (1) año a partir de la fecha en que se incurrieron en los gastos cubiertos, excepto para los reclamos de Medicamentos con receta que deben presentarse dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de compra para calificar para reembolso bajo Beneficios de farmacia. Debe proporcionar prueba escrita de dicho pago a la HMO dentro de un (1) año de ocurrido.

Dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de una notificación por escrito de un reclamo, HMO acusará recibo del reclamo y comenzará cualquier investigación necesaria. Puede ser necesario que la HMO le solicite información adicional. Los reclamos se resolverán dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de un reclamo completo, a menos que se le notifique que se necesita tiempo



adicional y el motivo. La HMO actuará sobre un reclamo completado a más tardar cuarenta y cinco (45) días después de que se le entregue la notificación de tiempo adicional. Si la HMO le notifica que pagará un reclamo o parte de un reclamo, la HMO pagará un reclamo aprobado a más tardar cinco (5) días hábiles después de la fecha en que se realiza el aviso. Visite el sitio web www.christushealthplan.org o llame al servicio al cliente a la Línea gratuita que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación para recibir un formulario de reclamo médico o un formulario de reembolso de recetas de la HMO.

Reconsideración de Reclamos o Beneficios

Si la HMO rechaza total o parcialmente un reclamo o una solicitud de beneficios, usted recibirá una explicación por escrito del motivo del rechazo y tendrá derecho a una revisión completa. Si desea solicitar una revisión o tiene preguntas sobre la explicación de los beneficios, llame o escriba a servicio al cliente al número de teléfono o dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si no está satisfecho con la información recibida en la llamada o en la correspondencia escrita, puede solicitar una apelación de la decisión o presentar una Queja. Puede obtener una revisión de la denegación siguiendo el proceso establecido en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES

Consultas de clientes

Usted o un representante designado pueden dirigir sus consultas a un representante de servicio al cliente de HMO por correo o llamando al número de teléfono gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. La HMO realizará un seguimiento de las consultas resueltas a su satisfacción. Si una consulta no se resuelve con prontitud y a su satisfacción, dentro de los 180 días posteriores a la recepción de su EOB o Determinación adversa, puede presentar una Queja o Apelación y se manejará de acuerdo con el procedimiento de Queja que se describe a continuación.

Cómo presentar una Queja con la HMO

Una “Queja” significa que Usted u otra persona, incluyendo un Médico o Proveedor, designado para actuar en su nombre, presenta una Queja.

Una “Queja” significa cualquier insatisfacción expresada por un Demandante verbalmente o por escrito a la HMO acerca de cualquier aspecto de la operación de la HMO, incluyendo, pero sin limitarse a:

- información en la que se basó para tomar la determinación de beneficios;
- administración de la HMO;
- procedimientos relacionados con la revisión o apelación de una Determinación adversa;
- la denegación, reducción o terminación de un servicio por razones no relacionadas con una necesidad médica;
- la manera en que se proporciona un servicio;
- decisiones sobre cancelación de inscripción.

No significa un malentendido o un problema de información errónea que se resuelva rápidamente aclarando el malentendido o proporcionando la información adecuada a Su satisfacción. Una Queja tampoco incluye la expresión oral o escrita de un Proveedor o Miembro de insatisfacción o desacuerdo con una Determinación adversa, que se define en **Cómo apelar una Determinación adversa**.



Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de una queja, la HMO le enviará al reclamante una carta con acuse de recibo de la fecha de recepción, junto con una descripción del proceso y los plazos de la Queja de la HMO. Si la Queja fue oral, la HMO también adjuntará un formulario de Queja de una página que indique claramente que el formulario debe completarse y devolverse a la HMO para una pronta resolución de la Queja.

Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a que HMO reciba la queja escrita o el formulario de queja, HMO investigará y resolverá la queja y enviará al demandante una carta explicando la resolución de HMO. La carta incluirá: 1) los motivos médicos y contractuales específicos de la decisión, incluida cualquier exclusión, limitación o circunstancia médica de beneficios aplicable; 2) información adicional requerida para adjudicar un reclamo, si es necesario; 3) la especialización de cualquier Proveedor consultado; y 4) una descripción completa del proceso de apelación de la Queja, incluidos los plazos para el proceso de apelación y para la decisión final sobre la apelación.

Si cuestiona la resolución de la queja, puede seguir el proceso de apelación de quejas de la HMO descrito en **Cómo apelar una decisión de queja de una HMO**. Si su plan de salud se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), tiene derecho a entablar una acción civil según 502(a) de ERISA.

Las Quejas relacionadas con emergencias o denegación de estadías hospitalarias continuas serán investigadas y resueltas de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero no podrán exceder las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. La HMO no tomará ninguna acción de represalia contra Usted o el Grupo, incluida la terminación o la negativa a renovar esta EOC de Cobertura, porque Usted o el Grupo hayan presentado razonablemente una Queja contra la HMO o hayan apelado una decisión de este. La HMO tampoco tomará represalias contra un Médico o Proveedor, incluida la terminación o la negativa a renovar su contrato, porque el Médico o Proveedor, en nombre de un Miembro, haya presentado razonablemente una Queja contra la HMO o haya apelado una decisión de la HMO.

Revisión retrospectiva de la utilización

Si se lleva a cabo una Revisión retrospectiva de la utilización y resulta en una Determinación adversa, 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 recibida la reclamación.

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.

Cómo apelar una Decisión de Queja de la HMO

Si la queja no se resuelve satisfactoriamente para usted, el proceso de apelación de Quejas de la HMO le otorga el derecho de comparecer en persona, por teléfono u otros métodos tecnológicos ante un panel de apelación de Quejas en el área de servicio donde normalmente recibe servicios de atención médica, a menos



que el Demandante esté de acuerdo con otro sitio. El panel de apelación de Quejas también puede considerar las apelaciones por escrito.

La HMO enviará al demandante una carta de reconocimiento a más tardar cinco (5) días hábiles después de la fecha en que la HMO reciba la solicitud de apelación por escrito y completará el proceso de apelación a más tardar treinta (30) días calendario después de recibir la solicitud de apelación por escrito.

Para asesorar a la HMO sobre la resolución de la disputa, la HMO designará personas para un panel de apelación de Quejas compuesto por un número igual de personal de la HMO, médicos u otros Proveedores y Miembros de la HMO.

Los representantes del panel de apelación de Quejas no habrán estado involucrados previamente en la decisión impugnada. Los Médicos u otros Proveedores deben tener experiencia en el área de atención médica que está en disputa y deben ser independientes de cualquier Médico o Proveedor que haya tomado una determinación anterior. Si está en disputa un servicio de especialidad, el panel de apelación de Quejas debe incluir a una persona que sea Especialista en ese campo. Los Miembros de la HMO en el panel de apelación de quejas no serán empleados de la HMO.

A más tardar el quinto día hábil antes de la reunión programada del panel de apelación de quejas, a menos que el Demandante acuerde lo contrario, la HMO proporcionará al Demandante o al representante designado por el demandante:

- documentación que el personal de HMO debe presentar al panel de apelación de Quejas;
- la especialización de los Médicos o Proveedores consultados durante la investigación;
- el nombre y afiliación de cada representante de la HMO en el panel de apelación de quejas; y
- la fecha y lugar de la audiencia.

El Demandante o un representante designado, si el miembro es menor de edad o está discapacitado, tiene derecho a comparecer ante el panel de apelación de quejas en persona o mediante conferencia telefónica u otra tecnología apropiada, y a:

- Presentar información verbal o escrita;
- presentar un testimonio experto alternativo;
- solicitar la presencia y cuestionar a aquellas personas responsables de tomar la determinación previa que causó la apelación; y
- traer a cualquier persona que el Demandante desee, pero solo el demandante puede interrogar directamente a los participantes de la reunión.

El Demandante o su designado recibirán una decisión por escrito sobre la apelación de la Queja, incluida la determinación médica específica, la base clínica y los criterios contractuales utilizados para llegar a la decisión final, y el número de teléfono gratuito y la dirección del Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés).

Las apelaciones de Quejas relacionadas con una emergencia en curso o la denegación de hospitalización continua se investigarán y resolverán de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero a más tardar un día hábil, pero no más de 72 horas, a partir de la recepción por parte de la HMO del informe de la solicitud de recurso de apelación del Demandante. A solicitud del Demandante, la HMO deberá proporcionar (en lugar de un panel de apelación de Quejas) una revisión por parte de un Médico o Proveedor que no haya revisado previamente el caso y sea de la misma especialidad o similar que normalmente maneja la afección,



el procedimiento o el procedimiento médico o dental. tratamiento objeto de consideración en el recurso de apelación. El Médico o Proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante designado del paciente y decidirá la apelación. El Médico o Proveedor puede entregar un aviso inicial de la decisión de apelación de forma oral si luego proporciona un aviso por escrito a más tardar el tercer día después de la fecha de la decisión.

Previa solicitud y de forma gratuita, el Demandante o su designado pueden tener acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo o apelación, incluyendo:

- información en la que se basó para tomar la decisión;
- información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, ya sea que se haya confiado o no en ella para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y salvaguardias utilizadas para tomar la decisión;
- Registros de revisiones independientes realizadas por la HMO;
- juicios médicos, incluido si un servicio en particular es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o apropiado; y
- Asesoramiento y consulta de expertos obtenidos por la HMO en relación con el reclamo denegado, ya sea que se haya confiado o no en el asesoramiento para tomar la decisión.

Cómo apelar con el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, incluidas las personas que intentaron resolver Quejas a través del proceso de Quejas de la HMO y no están satisfechas con la resolución, pueden denunciar una presunta infracción a TDI, Consumer Protection (1111A), P. O. Box 12030, Austin, Texas 78711-2030 o por fax al (512) 490-1007.

Usted puede presentar una Queja al TDI:

- enviando un correo a la dirección indicada anteriormente;
- por fax al número que aparece arriba; o
- en línea en www.tdi.texas.gov

Para información general o información sobre cómo resolver quejas relacionadas con seguros llame a la línea de Ayuda al Consumidor del TDI al (800) 252-3439, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, hora del Centro. Para solicitar un formulario de Queja del TDI, llame al (800) 599-SHOP o en Austin llame al (800) 252-3439.

El Comisionado investigará su Queja contra la HMO en un plazo de sesenta (60) días después de que el TDI reciba la Queja y toda la información necesaria para determinar la falta ocurrida. El Comisionado puede extender el tiempo para completar la investigación si:

- se necesita información adicional;
- es necesaria una revisión en el sitio;
- La HMO, el Médico o el Proveedor, o el Demandante no proporciona toda la documentación necesaria para completar la investigación; o
- Ocurren otras circunstancias fuera del control del TDI.

Cómo apelar una Determinación adversa

Una “Determinación adversa” significa una determinación por parte de la HMO o un agente de revisión de



utilización respecto a que los servicios de atención médica proporcionados o que se propone brindarle a Usted no son médicamente necesarios o apropiados o son Experimentales o de Investigación. En circunstancias de atención urgente o que pongan en peligro su vida, o si no recibe una decisión oportuna, tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente ("IRO", por sus siglas en inglés) y no está obligado a cumplir primero con la apelación de la HMO de un proceso de Determinación adversa. Una IRO es una organización independiente de la HMO que puede realizar una revisión administrativa final de una Determinación Adversa hecha por una HMO.

La HMO mantiene un sistema de apelación interno que proporciona procedimientos razonables para la notificación, revisión y resolución de una apelación oral o escrita relacionada con la insatisfacción o el desacuerdo con una Determinación adversa. Usted, una persona que actúe en su nombre o su Proveedor registrado deben iniciar una apelación de una Determinación adversa (que no forma parte del proceso de Queja).

Cuando Usted, una persona que actúa en su nombre o su Proveedor registrado expresa oralmente o por escrito cualquier insatisfacción o desacuerdo con una Determinación adversa, la HMO o un agente de revisión de utilización tratará esa expresión como una apelación de una Determinación adversa.

Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a que la HMO reciba una apelación de Determinación adversa, la HMO enviará a la parte apelante una carta reconociendo la fecha en que HMO recibió la apelación y una lista de los documentos que la parte apelante debe presentar. Si la apelación fue oral, la HMO adjuntará un formulario de apelación de una página que indique claramente que el formulario debe devolverse a la HMO para una pronta resolución. La HMO tiene treinta (30) días calendario a partir de la recepción de una apelación escrita de Determinación adversa o el formulario de apelación para completar el proceso de apelación y proporcionar notificación por escrito de la decisión de apelación a la parte apelante. Para apelaciones no relacionadas con reclamos previos al servicio, este período puede ser extendido una vez por el agente revisor por un período que no exceda quince (15) días si el agente determina que una extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control y si notifica el proveedor de registro y el paciente antes del vencimiento del período inicial de treinta (30) días. Si se requiere una extensión porque el Proveedor o el Miembro no envió la información necesaria para llegar a una determinación sobre la solicitud, el aviso de extensión describirá la información requerida necesaria para completar la solicitud y le dará al Proveedor y a Usted al menos cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de recepción del aviso de extensión para proporcionar la información especificada.

La apelación será revisada por un Proveedor de atención médica que no haya estado involucrado en la decisión inicial y que tenga la misma especialidad que usualmente trata la afección médica o dental, procedimiento o tratamiento bajo revisión.

El aviso de la decisión final de HMO sobre la apelación incluirá los motivos dentales, médicos y contractuales de la resolución; base clínica para la decisión y la especialización del Proveedor consultado. Una denegación también incluirá un aviso de su derecho a que una IRO revise la denegación y los procedimientos para obtener una revisión.

Apelación acelerada de una Determinación adversa

(Emergencia, Medicamentos con receta o Infusiones intravenosas y Situaciones de Hospitalización continua)

Las apelaciones relacionadas con estadías hospitalarias continuas y medicamentos recetados o infusiones intravenosas se remiten directamente a un proceso de apelación acelerado para su investigación y resolución.



Se concluirán de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero en ningún caso excederán las 24 horas a partir de la fecha de recepción, al Proveedor ya sea por transmisión telefónica o electrónica, seguida de una carta dentro de las 72 horas notificando al Miembro y al Proveedor. Las apelaciones relacionadas con emergencias en curso también se remitirán a un proceso de apelación acelerado que concluirá dentro de una hora después de recibir toda la información necesaria.

La apelación será revisada por un Proveedor de atención médica que no participó en la decisión inicial y que pertenece a la misma especialidad o similar que normalmente maneja la afección, procedimiento o tratamiento médico o dental bajo revisión. El Médico o Proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante designado del paciente.

Cómo apelar ante una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)

Este procedimiento (que no forma parte del proceso de Quejas) se refiere únicamente a apelaciones de Determinaciones adversas. En medicamentos con receta e infusiones intravenosas, circunstancias de atención urgente o que pongan en peligro su vida o si no recibe una decisión oportuna, tiene derecho a una apelación inmediata ante una IRO y no está obligado a cumplir con la apelación de la HMO de un proceso de Determinación adversa.

Cualquier parte cuya apelación de una Determinación adversa sea denegada por la HMO puede solicitar la revisión de la decisión por parte de una IRO asignada a la apelación. En el momento en que se deniega la apelación, la HMO le proporcionará a usted, a su representante designado o a su Proveedor registrado, información sobre cómo apelar la denegación, incluido el formulario aprobado, que usted, su representante designado o su Proveedor registrado deben completar y regresar a la HMO para comenzar el proceso de revisión independiente.

- En situaciones de atención urgente o que pongan en peligro su vida, usted, su representante designado o su Proveedor registrado pueden comunicarse con la HMO por teléfono para solicitar la revisión y proporcionar la información requerida.
- La HMO presentará registros médicos, nombres de proveedores y cualquier documentación pertinente a la decisión de la IRO.
- La HMO cumplirá con la decisión de la IRO.
- La HMO pagará la revisión independiente.

Previa solicitud y de forma gratuita, el Miembro o la persona designada pueden tener acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo o apelación, incluyendo:

- información en la que se basó la toma de la decisión;
- información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, ya sea que se haya confiado o no en ella para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y salvaguardias utilizadas para tomar la decisión;
- Registros de revisiones independientes realizadas por la HMO;
- juicios médicos, incluido si un servicio en particular es Experimental, de Investigación o no es Médicamente necesario o apropiado; y
- Asesoramiento y consulta de expertos obtenidos por la HMO en relación con el reclamo denegado, ya sea que se haya confiado o no en el asesoramiento para tomar la decisión.



El proceso de apelación no le prohíbe buscar otros recursos apropiados, incluidos: medidas cautelares; una sentencia declarativa u otra reparación disponible según la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pone su salud en grave peligro. Si su plan de salud se rige por la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), tiene derecho a entablar una acción civil según 502(a) de ERISA. Para conocer más información sobre el proceso de la IRO, llame al TDI en la línea de información de la IRO al (866) 554- 4926, o en Austin llame al (512) 322-4266.



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 Autorización previa y los servicios que requieren una Autorización previa. **Esta no es una lista completa.** Usted puede obtener más información ingresando a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org/provider-resources/prior-authorization o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-856-0826.

¿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 Médicamente 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. CHRISTUS Health Plan (CHP) no exige que el proveedor participante obtenga una autorización previa si en el periodo de evaluación de los últimos 6 meses, CHP ha aprobado el 90% o más de las solicitudes de autorización previa presentadas por el proveedor de atención médica.

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 1-844-282-3025. 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. La resolución de las solicitudes no hospitalizadas se comunicará a más tardar el tercer día calendario siguiente a la fecha de recepción de la solicitud. La determinación de los servicios de atención hospitalaria se facilitará en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud. La determinación de los servicios para el tratamiento posterior a la estabilización, o una afección potencialmente mortal, se proporcionará en el plazo de 1 hora a partir de la recepción de la solicitud.

Una Autorización previa especificará la duración de su validez. Una Autorización previa también puede ser solo para determinado número de tratamientos o servicios. Si el Plan recibe una solicitud para renovar una Autorización previa 60 días antes del vencimiento de la Autorización previa actual, el Plan debe revisar la solicitud y emitir una determinación que indique si el servicio de atención médica tiene la Autorización previa o no.

¿Qué Servicios requieren Autorización previa?

Estos servicios necesitan autorización previa y están sujetos a reglas de cobertura en este Contrato:

- Todos los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, incluidos servicios de estabilización posterior, excepto como se indicó para atención de maternidad.
- Todas las Hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las Admisiones en centros de atención de Afecciones médicas subagudas;
- Todas las Hospitalizaciones para atención médica aguda a largo plazo para pacientes hospitalizados;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Cirugía reconstructiva;



- Tratamiento para la disfunción de la articulación craneomandibular (CMJ, por sus siglas en inglés) y la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés);
- Servicios dentales;
- Equipo médico duradero de más de \$500;
- Pruebas genéticas, asesoría y tratamiento por errores genéticos congénitos de trastornos metabólicos (IEM, por sus siglas en inglés);
- Atención médica en el hogar;
- Servicios de atención médica para pacientes terminales, ambulatorios y hospitalizados;
- Resonancia magnética, tomografía computarizada u otros procedimientos de diagnóstico por imágenes;
- Traslado en ambulancia que no sea de emergencia;
- Servicios de trasplante de órganos;
- Fisioterapia para pacientes ambulatorios, excluyendo la evaluación inicial;
- Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios, excluyendo la evaluación inicial;
- Manejo del dolor;
- Aparatos ortopédicos y prótesis;
- Otros servicios prestados durante una visita al consultorio;
- Atención en un Centro de enfermería especializada; y
- Procedimientos quirúrgicos.

No se requerirá la Autorización previa para algunos médicos y proveedores que cumplan con los criterios de excepción.

Esta lista puede no incluir todos los servicios que requieren autorización previa. Si necesita ayuda para determinar si un servicio requiere de autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

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 Medicamento 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 el Formulario. Tomaremos una decisión sobre una apelación acelerada y le notificaremos a Usted y a su Proveedor de la decisión en no más de 24 horas después de que se reciba la solicitud para **Medicamentos con receta e Infusiones intravenosas**.

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.

¿Qué pasa si la autorización previa es denegada?

Revisión externa por parte de MAXIMUS Federal Services.

Usted, una persona que actúe en su nombre o su Proveedor tienen derecho a solicitar una revisión inmediata de nuestra decisión de apelación de parte de MAXIMUS Federal Services. Las solicitudes de revisión externa deben ser presentadas en un plazo de 180 días después del aviso de decisión. Usted no tiene que pasar por el proceso de apelación con nosotros antes de presentar una la revisión externa con MAXIMUS



Federal Services, si el período del proceso de apelación 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 su tratamiento con el medicamento excluido del Formulario está en curso. Nuestro aviso de determinación de la Apelación incluirá instrucciones completas para presentar la solicitud de revisión externa por parte de MAXIMUS Federal Services. Una revisión externa acelerada se puede iniciar al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.

MAXIMUS Federal Services debe emitir una decisión de atención médica de urgencia a nosotros y a Usted en no más de 72 horas de haber recibido la solicitud de revisión externa y en no más de 45 días de la solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para Usted.

- 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.



SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Copago/Porcentaje de Copago

Usted es responsable de ciertos Copago/Porcentaje de copago y cualquier Deducible aplicable a los Proveedores participantes, que vencen en el momento del servicio. El Copago/Porcentaje de copago y cualquier Deducible adeudado por Servicios cubiertos específicos, las limitaciones de beneficios y los máximos de desembolso directo se pueden encontrar en el **Programa de beneficios y cobertura**.

Deducibles

Los beneficios están disponibles según esta EOC después de satisfacer cualquier Deducible aplicable indicado en el **Programa de beneficios y cobertura**. Este Deducible, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de Servicios cubiertos, incluido cualquier beneficio proporcionado en un plan dental emitido en asociación con esta EOC.

Si tiene varios Dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicarse a un monto del Deducible individual se aplicarán al monto del Deducible familiar que se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura**. Cuando se alcance el monto del Deducible familiar, no será necesario satisfacer más Deducibles individuales durante el resto de ese Año calendario.

Máximo de Desembolso directo

La HMO determinará cuándo se alcanzaron los máximos para los Servicios cubiertos según la información proporcionada a la HMO por usted y los Proveedores participantes a quienes haya realizado pagos por los Servicios cubiertos. Los máximos de desembolso directo incluirán Copagos, Porcentaje de copago, Deducibles y cualquier obligación de pago de gastos dentales elegibles de un plan dental asociado con esta EOC. Una vez que alcance el máximo de desembolso, no estará obligado a realizar pagos adicionales por los Servicios cubiertos durante el resto del Año calendario.

Si tiene varios Dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicar a un desembolso máximo individual se aplicarán al monto máximo de desembolso familiar que se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura**. Cuando se alcanza el monto máximo de desembolso familiar, no es necesario que realice pagos adicionales por los Servicios cubiertos durante el resto del Año calendario.

Requisitos

Todos los Servicios cubiertos, a menos que se describa específicamente de otra manera:

- deben ser Médicamente necesarios;
- deben ser realizados, recetados, dirigido o autorizados con anticipación por el PCP y/o la HMO;
- deben ser proporcionados por un proveedor participante;
- están sujetos a Copagos/Porcentaje de copagos y cualquier otro monto adeudado enumerado en el **Programa de beneficios y cobertura**;
- pueden tener limitaciones, restricciones o exclusiones que se describen en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**;



- y pueden requerir Autorización previa.



Servicios Profesionales

Los servicios deben ser proporcionados u organizados por el PCP y realizados por un Médico certificado. La HMO puede autorizar que otros Proveedores de atención médica proporcionen Servicios cubiertos que puedan ser proporcionados según la ley estatal aplicable por dichos Proveedores. Ciertos servicios pueden estar restringidos en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Visitas al consultorio del PCP o del Especialista. Servicios prestados en el consultorio médico del PCP o Especialista autorizado para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones.

Visitas en el Hogar por parte del PCP o del Especialista. Visitas domiciliarias Médicamente Necesarias proporcionadas por Médicos participantes cuando, a juicio del PCP o Especialista autorizado, la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo indique.

Los servicios de los Médicos participantes para diagnóstico, tratamiento y consulta se brindan mientras Usted se encuentra internado o ambulatorio en un centro para recibir servicios cubiertos Médicamente necesarios o Atención de emergencia autorizados, según se define en el presente documento. La atención para pacientes hospitalizados puede ser dirigida por un Médico participante que no sea su PCP.

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 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 Texas en: www.tdi.texas.gov/consumer.complfrm.html. Si su HMO aprueba una remisión 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, la 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, Porcentaje de copago 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: christushealthplan.org/find-a-provider o llamando al 1-844-856-0826 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.

Servicios para pacientes hospitalizados

Los servicios, excepto la Atención de emergencia y el tratamiento del cáncer de mama, deben ser coordinados por su PCP y deben tener la Autorización previa de la HMO. Los Servicios cubiertos incluyen:

1. alojamiento y comida semiprivados, sin límite de días, salvo que se indique lo contrario;
2. habitaciones privadas cuando sean Médicamente necesarias y autorizadas por el PCP;
3. dietas y comidas especiales cuando sean Médicamente necesarias y autorizadas por el PCP;
4. uso de unidades de cuidados intensivos o de cuidados cardíacos y servicios relacionados cuando sean Médicamente necesarios y autorizados por el PCP;
5. uso de quirófanos y salas de partos e instalaciones relacionadas;



6. servicios de anestesia y oxígeno;
7. servicios de laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico;
8. fármacos, medicamentos, productos biológicos y su administración;
9. Atención de enfermería general;
10. enfermería de servicio especial y privado cuando sea Médicamente necesario y autorizado por el PCP;
11. radioterapia, terapia de inhalación y quimioterapia;
12. sangre completa, incluido el costo de la sangre completa, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazados por o para Usted;
13. servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un entorno hospitalario de enfermedades agudas;
14. tratamiento de cáncer de mama, durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía y veinticuatro (24) horas después de una disección de ganglios linfáticos (sin necesidad de Autorización previa); siempre que, sin embargo, dichas horas mínimas de cobertura no sean requeridas si Usted y su Médico a cargo determinan que es apropiado un período más corto de atención hospitalaria. Previa solicitud, la duración de la estadía puede extenderse si la HMO determina que una extensión es Médicamente Necesaria; y
15. trasplante de órganos y tejidos. Se requiere Autorización previa para cualquier trasplante de órgano o tejido, incluso si el paciente ya se encuentra en un Hospital bajo otra Autorización previa. En el momento de la autorización previa, la HMO asignará una duración de la estadía para la admisión. Previa solicitud, la duración de la estadía puede extenderse si la HMO determina que una extensión es Médicamente Necesaria.

a. Los servicios, incluidos los gastos de los donantes, para trasplantes de órganos y tejidos están cubiertos, pero solo si se cumplen todas las condiciones siguientes:

- (1) el procedimiento de trasplante no es de naturaleza Experimental o de Investigación;
- (2) Se utilizan órganos o tejidos humanos donados o dispositivos artificiales aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
- (3) el receptor es un Miembro;
- (4) el Miembro cumple con todos los criterios establecidos por la HMO en políticas médicas escritas pertinentes; y
- (5) el Miembro cumple con todos los protocolos establecidos por el Hospital en el cual se realiza el trasplante.

Los Servicios y suministros cubiertos relacionados con un trasplante de órgano o tejido incluyen, entre otros, radiografías, pruebas de laboratorio, quimioterapia, radioterapia, medicamentos con receta, obtención de órganos o tejidos de un donante vivo o fallecido y complicaciones que surjan de dichos trasplantes.

b. Los beneficios se determinarán de la misma manera que cualquier otra enfermedad cuando el procedimiento de trasplante se considere Médicamente Necesario y cumpla con todas las condiciones citadas anteriormente. Los Beneficios estarán disponibles para:

- (1) un receptor que sea un Miembro cubierto por la HMO;
- (2) un donante que sea un Miembro cubierto por la HMO;
- (3) un donante que no sea un Miembro cubierto por la HMO;

c. Los Servicios y suministros cubiertos incluyen aquellos proporcionados por:



- (1) la búsqueda de donantes y pruebas de aceptabilidad de posibles donantes vivos;
 - (2) evaluación de órganos o tejidos, incluida, entre otras, la determinación de coincidencias de tejidos;
 - (3) extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos; y
 - (4) transporte y almacenamiento a corto plazo de órganos o tejidos donados.
- d. No hay beneficios disponibles para un Miembro por los siguientes servicios y suministros:
- (1) gastos de manutención y/o viaje del receptor o de un donante vivo;
 - (2) gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante con fines de donación de órganos o tejidos;
 - (3) compra del órgano o tejido que no sea el pago de los servicios y suministros cubiertos identificados anteriormente; y
 - (4) órgano o tejido (xenoinjerto) obtenido de otra especie.

Servicios en Centros ambulatorios

Los servicios proporcionados a través del departamento ambulatorio de un Hospital participante, un centro independiente o el hogar deben ser recetados por el PCP. Se puede requerir Autorización previa para los siguientes servicios:

1. Terapia de infusión (incluyendo quimioterapia);
2. Cirugía ambulatoria;
3. Terapia de radiación; y
4. Diálisis.

Servicios ambulatorios de Laboratorio y Radiografías

Los procedimientos, servicios y materiales radiográficos y de laboratorio, incluidos (entre otros) radiografías de diagnóstico, terapia de rayos X, quimioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica, deben ser ordenados, autorizados o coordinados por el PCP y proporcionados a través de un centro participante o en el hogar. Pueden requerir Autorización previa.

Servicios de rehabilitación

Los servicios de rehabilitación y terapias físicas, del habla y ocupacionales que, en opinión de un Médico, son Médicamente Necesarios y cumplen o superan Sus objetivos de tratamiento, se brindan cuando están previamente autorizados o recetados por su PCP o Especialista. Para una persona con discapacidad física, los objetivos del tratamiento pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o ralentización de un mayor deterioro. Los Servicios de rehabilitación pueden ser proporcionados en el consultorio del Proveedor, en un Hospital como paciente interno, en un centro ambulatorio o como visitas de atención médica en el hogar. Los Servicios de rehabilitación, incluyendo la cobertura de servicios quiroprácticos están disponibles por parte de un Proveedor participante cuando están previamente autorizados o recetados por su PCP.

El tratamiento de una Lesión cerebral adquirida estará cubierto igual que cualquier otra afección física. La terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y



rehabilitación; pruebas de neurocomportamiento, neurosicológicas, neurofisiológicas y psicofisiológicas o su tratamiento; terapia de neuroretroalimentación, de remediación, servicios de transición y reintegración a la comunidad incluyendo servicios de tratamiento ambulatorio diurno o cualquier otro servicio de tratamiento post-agudo están cubiertos, si tales son necesarios como resultado o relacionados con una Lesión cerebral adquirida. Para garantizar que se brinde el tratamiento de atención post-aguda apropiado, la HMO incluye la cobertura de una reevaluación periódica para un Miembro que: (1) ha sufrido una Lesión cerebral adquirida; (2) no ha respondido al tratamiento; y (3) responde mejor al tratamiento posteriormente. Los servicios pueden brindarse en un Hospital, un hospital de rehabilitación aguda o post-aguda, un centro de vida asistida o cualquier otro centro en el que se puedan brindar servicios o terapias apropiadas.

Excepto para el tratamiento de una Lesión cerebral adquirida, los servicios de rehabilitación están limitados como se indica en el **Programa de beneficios y cobertura**.

Atención de maternidad y Servicios de planificación familiar

Atención de maternidad. La HMO brinda cobertura para atención hospitalaria para la madre y el recién nacido en un Hospital por un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones, o noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. No se requiere Autorización previa. Previa solicitud, la duración de la estadía puede extenderse si la HMO determina que una extensión es Médicamente necesaria.

Los Servicios cubiertos que pueden requerir Autorización previa incluyen:

1. visitas prenatales;
2. El uso de la sala de partos e instalaciones relacionadas del Hospital. Si un niño recién nacido es dado de alta y readmitido en un Hospital más de cinco (5) días después de la fecha de nacimiento, se requerirá un Copago/Porcentaje de copago de admisión al hospital por separado y cualquier Deducible para dicha readmisión. Se requiere un Copago/Porcentaje de copago y un Deducible de admisión al Hospital por separado para un recién nacido en el momento del parto;
3. uso de salas para recién nacidos e instalaciones relacionadas;
4. procedimientos especiales que puedan ser Médicamente necesarios y autorizados por el PCP o el obstetra/ginecólogo designado; y
5. visitas postnatales. Si se da de alta a la madre o al recién nacido antes de que hayan transcurrido las horas mínimas de cobertura de hospitalización, la HMO proporciona cobertura para la Atención postparto para la madre y el recién nacido. La Atención postparto puede ser proporcionada en el hogar de la madre o en un consultorio del Proveedor participante o centro. No se requerirá que un niño recién nacido reciba servicios de atención médica únicamente de Proveedores participantes si nace fuera del Área de servicio debido a una emergencia o nace en un centro fuera de la red de una madre que no es Miembro. La HMO puede exigir que el recién nacido sea transferido a un Centro participante, a cargo de la HMO, cuando el Médico tratante lo considere médicamente apropiado.

Complicaciones del embarazo. Los Servicios cubiertos por Complicaciones del embarazo serán los mismos que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad física y puede requerir Autorización previa.

Planificación familiar. Los Servicios cubiertos que pueden requerir Autorización previa incluyen:

- Atención prenatal, incluidos los suplementos nutricionales que sean Médicamente necesarios y



recetados por un Médico;

- Mamografías para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía en dosis bajas, que incluyen mamografía digital o tomosíntesis de mama, realizados en un centro de diagnóstico por imágenes designado, y mamografías para fines de detección y diagnóstico, que incluyen, entre otros, exámenes de mamografía en dosis bajas realizados en un centro de diagnóstico por imágenes designado y aprobado. Como mínimo, el Plan deberá cubrir una mamografía anual de detección para personas mayores de treinta y cinco (35), mientras que las mamografías de diagnóstico no tienen restricción de edad.
- 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 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, acceso directo a la atención obstétrica y ginecológica calificada para mujeres Miembros.

AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con CHRISTUS Health Plan.

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:

- (a) 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- (b) 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.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estadía mínima de paciente hospitalizado: Si debido al tratamiento del cáncer de seno, cualquier persona cubierta por este plan tiene una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, este plan proporcionará cobertura para la atención médica como paciente hospitalizado por un mínimo de:

- (a) 48 horas después de una mastectomía, y
- (b) 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.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llame a CHRISTUS Health Plan al 1-844-828-0826 o escríbanos a:

PO Box 169009
Irving, Texas 75039



Aviso: algunos beneficios para planificación familiar están disponibles por los **Servicios Preventivos y de Mantenimiento de la Salud**.

Servicios por infertilidad. Los Servicios cubiertos, que pueden requerir Autorización previa, incluyen asesoramiento de diagnóstico, consultas, servicios de planificación y tratamiento para problemas de fertilidad e infertilidad, sujetos a las exclusiones contenidas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**. Una vez que se hayan completado los estudios y pruebas de infertilidad, los estudios y pruebas posteriores requerirán la aprobación del Director médico de la HMO.

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

Proporcionamos beneficios y cobertura para enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias en los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y coberturas médicas y quirúrgicas del plan. La cobertura no puede imponer limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a los beneficios por una enfermedad mental o un trastorno por consumo de sustancias que sean más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a la cobertura de los beneficios por gastos médicos o quirúrgicos.

Servicios por consumo de alcohol y sustancias. Este Plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del consumo de sustancias, que incluye los trastornos por consumo de alcohol y drogas, en un entorno de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen la hospitalización para la desintoxicación por consumo de alcohol y drogas y hospitalización para rehabilitación parcial.

La rehabilitación no incluye un centro de tratamiento residencial u otro centro que use un modelo social para brindar servicios de rehabilitación. Los servicios para pacientes hospitalizados requieren Autorización previa y todos los servicios deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado.

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen la evaluación, desintoxicación ambulatoria, terapia y consejería individual, familiar o de pareja, programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP), 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, hospitalización parcial y terapia electroconvulsiva (ECT). Los servicios para pacientes hospitalizados y de ECT requieren Autorización previa y todos los servicios deben ser proporcionados por 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, en inglés), terapia electroconvulsiva (ECT, en inglés) y manejo de medicamentos. Todos los servicios de atención médica en



el hogar los debe proporcionar un Proveedor calificado y autorizado.

Servicios de emergencia

Los PCP proporciona cobertura para los Miembros, las 24 horas del día, los 365 días del año. Debe notificar a su PCP dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la recepción de la Atención de emergencia, o lo antes posible sin que esto le cause daño o perjuicio médico. La HMO pagará un examen de detección médica u otra evaluación requerida por la ley federal o de Texas y proporcionada en el departamento de emergencias de un centro de emergencia de un hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia comparable que sea necesario para determinar si existe una afección médica de emergencia. CHRISTUS Health Plan aprobará o denegará el tratamiento dentro del tiempo apropiado según las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y el estado del paciente.

Atención de emergencia. Los Servicios de atención de emergencia, ya sean prestados por Proveedores participantes o no participantes, estarán cubiertos, según los signos y síntomas presentados en el momento del tratamiento, según lo documentado por el personal de atención médica a cargo, ya sea que los Servicios de atención de emergencia se hayan recibido dentro del Área de servicio o Fuera del área de servicio. Los servicios de atención de emergencia están sujetos al Copago/Porcentaje de copago y a cualquier Deducible, a menos que usted sea admitido como paciente internado directamente desde la sala de emergencias, en cuyo caso usted paga el Copago hospitalario para paciente internado y cualquier monto adeudado.

Si se requiere atención de posestabilización después de que se haya tratado y estabilizado una afección de Atención de emergencia, el médico o proveedor tratante se comunicará con la HMO o su designado, quien debe aprobar o negar la cobertura de la atención de posestabilización solicitada dentro de una hora después de recibir la llamada.

Usted puede recibir servicios de Atención de emergencia en un Centro de atención de urgencia.

Servicios Fuera del área. Solo los Servicios de Atención de emergencias descritos anteriormente están cubiertos. El tratamiento continuo o de seguimiento por lesión accidental o Atención de emergencia se limita a la atención requerida antes de que pueda regresar al Área de servicio sin consecuencias médicamente perjudiciales o perjudiciales.

Servicios de atención de urgencia

Los servicios de Atención de urgencia están cubiertos cuando los brinda un Proveedor de Atención de urgencia para el tratamiento inmediato de una afección médica que requiere atención médica inmediata pero en la que un breve lapso de tiempo antes de recibir los servicios no pondrá en peligro la vida o la salud permanente y no requiere servicios de Atención de emergencia. También se pueden aplicar cargos adicionales descritos en **Servicios ambulatorios de Laboratorio y Radiografías** para pacientes ambulatorios o en **Servicios en Centros ambulatorios**.

A menos que la HMO lo designe y lo reconozca como un Centro de atención de urgencia, ni un hospital ni una sala de emergencia se considerarán un Centro de atención de urgencia.

Servicios de ambulancia

El servicio profesional local de ambulancia terrestre o el servicio de ambulancia aérea al Hospital más



cercano está cubierto cuando lo autoriza el PCP o para Atención de emergencia, según se define en esta EOC.

Servicios de Atención médica extendida

Los Servicios cubiertos incluyen los siguientes cuando los prescribe el PCP y los autoriza la HMO. Los servicios pueden tener limitaciones adicionales según se indica en el **Programa de beneficios y cobertura**, y las restricciones o exclusiones descritas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Servicios de Centro de enfermería especializada. Los servicios deben ser temporales y llevar a la rehabilitación y a una mejora en la capacidad de funcionar. El Cuidado de custodia no está cubierto. Si permanece en un Centro de enfermería especializada después de que el PCP le dé el alta o después de alcanzar el período máximo de beneficios o el período autorizado por la HMO, Usted será responsable de todos los costos posteriores incurridos.

Cuidados paliativos. La atención brindada por un Hospital, Centro de enfermería especializada, Hospicio, hogar o una Agencia de cuidados paliativos debidamente autorizada, está aprobada por la HMO y se centra en un tratamiento paliativo en lugar de curativo para los Miembros que tienen una afección médica y un pronóstico de menos de 6 meses de vida. Los servicios incluyen asesoramiento sobre duelo y servicios de ama de casa que la agencia de cuidados paliativos proporciona habitualmente.

Atención médica en el hogar. Atención en el hogar brindada por Profesionales de atención médica que son Proveedores participantes, incluidos, entre otros, enfermeros registrados, enfermeros practicantes autorizados, fisioterapeutas, terapeutas de inhalación, terapeutas del habla o de la audición o asistentes de atención médica domiciliaria. Los servicios deben ser proporcionados u organizados por el PCP.

Servicios Preventivos y de Mantenimiento de la Salud

Los Servicios cubiertos, que pueden requerir Autorización previa y no estarán sujetos a ningún Copago/Porcentaje de copago, Deducible o máximos en dólares, incluyen artículos o servicios basados en evidencia que tienen en efecto una calificación de "A" o "B" en la clasificación actual. recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos ("USPSTF", por sus siglas en inglés) o según lo exija la ley estatal:

1. atención de bienestar infantil para Miembros hasta los diecisiete (17) años, que incluye atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia previstos en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud ("HRSA", por sus siglas en inglés) para bebés, niños y adolescentes;
2. evaluaciones de salud periódicas para Miembros de dieciocho (18) años y mayores, según la edad, el sexo y el historial médico;
3. administración de pruebas de detección neonatal, incluido el costo de un kit de prueba;
4. vacunas de rutina recomendadas por la Academia Estadounidense de Pediatría, Servicio de Salud Pública de EE. UU. para personas en los Estados Unidos y requeridas por ley y vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC", por sus siglas en inglés) con respecto al individuo involucrado. Ejemplos de vacunas cubiertas incluyen difteria, influenza haemophilus tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, polio, rubéola, tétanos, rotavirus, varicela y cualquier otra vacuna requerida por la ley para un niño. (Las inyecciones contra la alergia no se consideran vacunas según esta disposición de beneficios);
5. Detección del cáncer colorrectal para los Miembros a partir de los 45 años, incluyendo



colonoscopias y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales y cobertura de servicios preventivos y exámenes de laboratorio con una calificación "A" o "B" del USPSTF;

6. medición de la masa ósea para la detección de masa ósea baja y para determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis, para personas calificadas, incluidas mujeres posmenopáusicas que no reciben terapia de reemplazo de estrógenos; individuos con anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario o antecedentes de fracturas óseas; o personas que reciben terapia con glucocorticoides a largo plazo o que están siendo monitoreadas para evaluar la respuesta o la eficacia de una terapia con medicamentos aprobados para la osteoporosis;
7. atención preventiva y exámenes de detección brindados con respecto a las mujeres, tales cuidados preventivos y exámenes de detección adicionales previstos en pautas integrales respaldadas por la HRSA, como un examen ginecológico de bienestar femenino (una vez cada doce meses) para las mujeres miembros, un examen de diagnóstico médicamente reconocido para la detección temprana de cáncer de cuello uterino para mujeres miembros de dieciocho (18) años o más, y cobertura para cualquier examen o prueba de detección aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección de cáncer de ovario. Su PCP o cualquier Obstetra/Ginecólogo de la red de Proveedores participantes de su PCP puede realizar el examen de bienestar de mujer sana. El examen puede incluir, entre otros, una prueba de Papanicolaou convencional; una prueba que utiliza métodos de citología líquida solos o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano. Primero debe obtener una Remisión de su PCP para servicios de seguimiento relacionados con el tratamiento de una enfermedad o afección que no está dentro del alcance de un Obstetra/Ginecólogo. Para obtener ayuda para seleccionar un Obstetra/Ginecólogo, consulte el Directorio de proveedores de la HMO, comuníquese con su PCP o llame a servicio al cliente;
8. una mamografía de detección (no diagnóstica) de dosis baja para detectar la presencia de cáncer de mama oculto para mujeres Miembros de treinta y cinco (35) años o más (una vez cada doce meses) y para mujeres Miembros con otros factores de riesgo. Las mamografías se pueden obtener independientemente de que se realice o no un examen de bienestar femenino al mismo tiempo;
9. una prueba de detección de pérdida auditiva para los Miembros desde el nacimiento hasta los treinta (30) días, y la atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con la prueba de detección desde el nacimiento hasta los veinticuatro (24) meses; y
10. Examen de la vista para todos los niños, incluido un examen de la vista, anteojos o lentes de contacto, lentes de contacto médicamente necesarios y servicios para personas con problemas de visión;
11. 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 dental y las radiografías dentales están permitidas solo para los niños según lo especificado en virtud de los BENEFICIOS CUBIERTOS.

Para determinar si un medicamento o dispositivo específico está disponible bajo este beneficio de Servicios preventivos, comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Esta lista puede cambiar a medida que se modifiquen las pautas de la FDA, la gestión médica y las políticas médicas.



AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle de cierta cobertura y/o ciertos beneficios que su contrato con CHRISTUS Health Plan le provee.

Cobertura de pruebas para la detección del virus del papiloma humano 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 convencional de Papanicolaou o un examen usando los métodos citológicos basados en fluidos corporales según lo aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.

Cobertura de las pruebas para la detección de cáncer colorrectal

Los beneficios se proporcionan, para cada persona inscrita en el plan que tenga 45 años o más, incluyen la cobertura de todos los exámenes de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio con una calificación "A" o "B" del USPSTF para personas de riesgo medio. Los beneficios incluyen:

- (a) una colonoscopia inicial u otro examen o procedimiento médico para la detección del cáncer colorrectal, y
- (b) Una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, examen o procedimiento inicial son anormales.

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:

- (a) un examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
- (b) Una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que tenga
 - (1) Al menos 50 años; o
 - (2) Al menos 40 años con un historial familiar de cáncer de próstata u otros factores de riesgo de cáncer de próstata.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llame a CHRISTUS Health Plan al 1-844-828-0826 o escríbanos a:

PO Box 169009

Irving, Texas 75039



AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN Y REPRODUCCIÓN FAMILIAR

CHRISTUS Health Plan 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, limitamos la ejecución 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.

El aborto directo no es un beneficio cubierto.

Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no están disponibles bajo este beneficio de Servicios Preventivos pueden estar cubiertos bajo otras secciones de esta EOC y pueden estar sujetos a cualquier Copago/porcentaje de copago y Deducible aplicables.

Apoyo, Asesoría y Suministros para la Lactancia. Los Servicios cubiertos incluyen servicios de apoyo y asesoramiento obtenidos de un proveedor participante durante el embarazo y/o el período posparto. También se proporcionarán beneficios por el alquiler (o, a opción de HMO, la compra) de extractores de leche y suministros manuales o eléctricos. También habrá beneficios limitados disponibles para el alquiler (o, a opción de HMO, la compra) de extractores de leche de grado hospitalario, de un proveedor participante. Es posible que deba pagar el monto total y presentar un formulario de reclamo de reembolso junto con la receta escrita a HMO con recibos detallados del extractor de leche manual, eléctrico u hospitalario y sus suministros. Visite el sitio web www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo.

Ejemplos de otros servicios preventivos cubiertos que no están sujetos a Copago/Porcentaje de copago, Deducible o máximos en dólares incluyen servicios de asesoramiento para dejar de fumar, asesoramiento sobre dietas saludables y asesoramiento/detección de obesidad.

Los servicios preventivos cubiertos descritos anteriormente pueden cambiar, según se modifiquen los lineamientos del USPSTF, los CDC, la HRSA y las leyes estatales. Si una recomendación o lineamiento para un servicio preventivo en particular no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno en el que se debe proporcionar, la HMO puede utilizar técnicas de gestión médica razonables para determinar los beneficios. Para conocer más información, comuníquese con servicios al cliente a la línea gratuita que aparece en tarjetas de identificación.



Si se brinda un servicio preventivo cubierto durante una visita al consultorio y se factura por separado de la visita al consultorio, Usted puede ser responsable del Copago/Porcentaje de copago y cualquier Deducible aplicable solo para la visita al consultorio. Si una visita al consultorio y el servicio de salud preventiva no se facturan por separado y el propósito principal de la visita no fue el servicio de salud preventiva, usted puede ser responsable del Copago/Porcentaje de copago y cualquier Deducible aplicable por la visita al consultorio, incluyendo el servicio preventivo de salud.

Los servicios de detección preventiva adicionales, que pueden requerir autorización previa y pueden estar sujetos a Copago/Porcentaje de copago, Deducibles o máximos en dólares, incluyen:

1. Exámenes de ojos y oídos (una vez cada doce meses) realizados o autorizados por el PCP para Miembros hasta los diecisiete (17) años de edad para identificar problemas de visión y audición. Las pruebas oculares de detección se pueden realizar en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
2. Exámenes de ojos y oídos (una vez cada dos años) realizados o autorizados por el PCP para Miembros de dieciocho (18) años o más para identificar problemas de visión y audición. Las pruebas oculares de detección se pueden realizar en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
3. examen de detección temprana de enfermedad cardiovascular. Los beneficios están disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para aterosclerosis y estructura y función arterial anormal cada cinco años cuando las realiza un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:
(1) exploración por tomografía computarizada (TC) que mide las calcificaciones de las arterias coronarias; o (2) ultrasonografía que mide el espesor y la placa de la íntima-media carotídea.
Las pruebas están disponibles para cada Miembro cubierto que sea (1) un varón mayor de 45 años y menor de 76 años, o (2) una mujer mayor de 55 años y menor de 76 años. El Miembro debe tener diabetes o tener riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, según una puntuación obtenida mediante el algoritmo de predicción coronaria del Framingham Heart Study que sea intermedia o superior.

Los Beneficios están limitados según lo establecido en el **Programa de beneficios y cobertura** e incluyen:

Procedimientos quirúrgicos dentales

Los servicios dentales generales no están cubiertos para adultos mayores de 19 años, pero los procedimientos quirúrgicos bucales limitados están cubiertos cuando los prescribe su PCP y se realizan en el consultorio de un Proveedor participante o en un entorno hospitalario o ambulatorio. Los siguientes Servicios cubiertos pueden requerir Autorización previa de la HMO:

1. Tratamiento por lesión accidental de los Dientes adultos sanos y naturales, los huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes, no causada por morder o masticar, cuando el tratamiento se completa dentro de los veinticuatro (24) meses posteriores al tratamiento inicial. "Dientes adultos sanos y naturales" significa dientes que están libres de caries clínicas activas o crónicas, que tienen al menos un 50 % de soporte óseo, que son funcionales en el arco y que no han sido excesivamente debilitados por múltiples procedimientos dentales;
2. tratamiento o corrección de una afección fisiológica no dental que haya resultado en un deterioro funcional grave;



3. tratamiento de tumores o quistes que requieran evaluación patológica de los maxilares, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca;
4. tratamiento diagnóstico y quirúrgico de afecciones que afectan la articulación temporomandibular (incluida la mandíbula o la articulación craneomandibular) como resultado de un accidente, un trauma, un defecto congénito, un defecto del desarrollo o una patología; y
5. extracción de dientes impactados óseos completos.

Cirugía cosmética, reconstructiva o plástica

Generalmente, la cobertura será la misma para el tratamiento de cualquier otra enfermedad física, solo cuando sea recetado u organizado por su PCP y puede requerir Autorización previa de la HMO. Los Servicios cubiertos están limitados a lo siguiente:

6. cirugía para corregir un defecto que resultó de una lesión accidental;
7. cirugía para corregir un defecto funcional que resultó de una enfermedad o anomalía congénita y/o adquirida.
8. reconstrucción quirúrgica del seno después de una mastectomía, y la reconstrucción quirúrgica del otro seno para lograr una apariencia simétrica; y
9. cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales para un Miembro.

AVISO ACERCA DE ALGUNOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle de cierta cobertura y/o ciertos beneficios proporcionados por su contrato con CHRISTUS Health Plan.

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

La cobertura y/o los beneficios se proveen a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de una mastectomía, y que incluye:

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

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.

Prohibiciones: no podemos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo económico para privarse de la reconstrucción de senos o renunciar a la cobertura y/o los beneficios antes mencionados; (b) condicionar, limitar ni denegar la elegibilidad o elegibilidad continuada de cualquier persona con cobertura para



inscribirse en el plan o no renovar este plan solo para evitar proveer la cobertura o los beneficios antes mencionados; ni (c) reducir ni limitar el monto pagado al médico o proveedor, penalizar de ningún modo ni proveer incentivo económico para inducir al médico o proveedor a proveer atención médica a una persona cubierta de manera inconsistente con la cobertura y/o los beneficios antes mencionados.

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

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 del otro seno para producir una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de complicaciones de la mastectomía (incluidos los linfedemas).

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, llame a CHRISTUS Health Plan al 1-844-856-0826 o escríbanos a:

PO BOX 169009
Irving, Texas 75039

Atención para alergias

Los Servicios cubiertos para las pruebas y el tratamiento debe ser proporcionados u organizados por el PCP.

Atención para diabetes

Capacitación para autocontrol de la diabetes. Los Servicios cubiertos, que pueden requerir Autorización previa, incluyen instrucciones que permiten a una persona con diabetes y/o a su cuidador comprender el cuidado y el control de la diabetes; desarrollo de un plan de gestión individualizado; asesoramiento nutricional y uso adecuado de equipos y suministros para la diabetes. La capacitación para el autocontrol de la diabetes se brinda en las siguientes ocasiones:

1. diagnóstico inicial de diabetes;
2. un cambio significativo en los síntomas o afección que requiere cambios en su régimen de autocontrol, según lo diagnostique un Médico o Proveedor participante
3. la prescripción de educación continua periódica o episódica garantizada por el desarrollo de nuevas técnicas y tratamientos para la diabetes; o
4. la necesidad de un cuidador o un cambio de cuidadores para la persona con diabetes requiere capacitación en manejo de la diabetes para el cuidador.

Equipos y suministros para la diabetes Los Equipos y suministros para la diabetes están cubiertos para Miembros diagnosticados con diabetes dependiente de insulina o no dependiente de insulina, niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo u otra afección médica asociada a niveles elevados de glucosa en la sangre.

Cuando se obtengan los siguientes equipos y suministros para la diabetes, es posible que deba pagar el monto total de su factura y presentar un formulario de reclamo de reembolso a HMO con recibos detallados.



El Gasto compartido por insulina que se encuentra en el Formulario no puede sobrepasar los \$25 por receta para un suministro de 30 días. Los resurtidos de insulina y los equipos relacionados con la insulina de emergencia están cubiertos de la misma manera que aquellos que no son de emergencia. Visite el sitio web www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo médico de la HMO. Si Usted elige comprar suministros para la diabetes utilizando sus beneficios de farmacia, Usted debe pagar el Copago/Porcentaje de copago aplicable a los **BENEFICIOS DE FARMACIA** que aparece en el **Programa de beneficios y cobertura** y cualquier diferencia de precio aplicable, así como cualquier Deducible. No se requiere formularios de reclamo.

Los equipos y suministros para la diabetes incluyen, pero no se limitan a:

- monitores de glucosa en sangre
- monitores de glucosa no invasivos y monitores para personas ciegas
- bombas de insulina y accesorios necesarios
- dispositivos para infusión de insulina
- contenedores desechables de riesgo biológico
- aparatos podológicos (incluidos hasta dos pares de calzado terapéutico por Año calendario)
- solución para medidor de glucosa
- tiras reactivas especificadas para su uso con un monitor de glucosa en sangre correspondiente
- lectura visual y tiras reactivas de orina y tabletas que analizan glucosa, cetonas y proteínas
- lancetas y dispositivos para lancetas
- ayudas para la inyección, incluidos dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin agujas.
- kits de emergencia de glucagón
- órdenes de recetas de insulina y preparaciones de análogos de insulina
- jeringas para insulina
- agentes bucales con y sin receta médica para controlar los niveles de azúcar en la sangre

El equipo y suministros para la diabetes en la siguiente lista solo están disponibles utilizando los beneficios de farmacia. Si Usted compra estos artículos utilizando sus beneficios de farmacia, Usted debe pagar el Copago/Porcentaje de copago aplicable a los **BENEFICIOS DE FARMACIA** que aparece en el **Programa de beneficios y cobertura** y cualquier diferencia de precio aplicable, así como cualquier Deducible. No se requiere formularios de reclamo.

Aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos

Los siguientes electrodomésticos y dispositivos cubiertos deben ser proporcionados o coordinados por el PCP y pueden requerir Autorización previa de la HMO.

1. Los aparatos protésicos iniciales están cubiertos y sujetos a restricciones en el **Programa de beneficios y cobertura** y en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.
2. La reparación y reemplazo de los aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos están cubiertos, a menos que la reparación y reemplazo sea resultado del uso inadecuado o pérdida por parte del Miembro.
3. Los aparatos ortopédicos, como aparatos ortopédicos utilizados para soportar, alinear o mantener partes del cuerpo en una posición correcta; muletas, incluidos aparatos ortopédicos rígidos para la espalda, las piernas o el cuello; yesos para el tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o espalda; corsés especiales quirúrgicos y de espalda; y apósitos, vendajes, bragueros y férulas prescritos, dirigidos o aplicados por un Médico que están personalizados con el fin de ayudar a la función de una articulación.



4. Prótesis mamarias iniciales y dos sujetadores quirúrgicos tras mastectomía.
5. Se cubren los dispositivos ortóticos para el pie Medicamente necesarios que sean consistentes con el Manual del Contrato de Beneficios de Medicare. No hay máximo por Año calendario. Esto se añade a la cobertura de los aparatos podológicos indicada en **Atención para diabetes** y no afecta a la misma.
6. Servicios profesionales relacionados con la adaptación y el uso de aquellos dispositivos que igualan la cobertura prevista por las leyes federales para el seguro de enfermedad de ancianos y discapacitados.

Equipo médico duradero

Debe obtener los servicios y dispositivos a través de un Proveedor de Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) participante, que debe ser coherente con el Manual de DME de Medicare, y puede requerir Autorización previa de la HMO. La HMO determinará si el DME debe ser alquilado o comprado y conserva la opción de recuperar el DME tras la cancelación o terminación de su cobertura.

Ejemplos de DME son: sillas de ruedas estándar, muletas, caminadores, tracciones ortopédicas, camas hospitalarias, oxígeno, cómodas junto a la cama, máquinas de succión, etc. Los artículos excluidos se enumeran en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Audífonos

Los Servicios cubiertos, servicios y suministros cubiertos, que pueden requerir Autorización previa, incluyen un examen audiométrico para determinar el tipo y el alcance de la pérdida auditiva una vez cada treinta y seis (36) meses y la adaptación y compra de audífonos. También están cubiertos los audífonos o implantes cocleares médicamente necesarios, los servicios de adaptación y dispensación y el suministro de moldes para los oídos, según sea necesario, para mantener un ajuste óptimo. Esta cobertura incluye el tratamiento de habilitación y rehabilitación, y de implante coclear, un procesador y controlador del habla externo con componentes necesarios y reemplazo cada tres años. Las exclusiones se enumeran en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Servicios para el habla y la audición

Los Servicios cubiertos que pueden requerir Autorización previa incluyen atención y tratamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios por pérdida o deterioro del habla o de la audición que no sea menos favorable que el de las enfermedades físicas en general.

Trastorno del espectro autista

Están cubiertos los servicios generalmente reconocidos recetados en relación con el Trastorno del espectro autista por su PCP en un plan de tratamiento recomendado por ese Médico. No aplicarán máximos para beneficios.

Las personas que brinden tratamiento prescrito bajo ese plan deben:

1. ser un proveedor de atención médica
 - estar autorizado, certificado o registrado por una agencia apropiada del estado de Texas;



- tener credenciales profesionales que sean reconocidas y aceptadas por una agencia apropiada en los Estados Unidos; o
 - estar certificado como proveedor por el sistema de salud militar TRICARE.
2. ser una persona que actúa bajo la supervisión de un profesional de la atención médica descrito en el punto 1.

El tratamiento puede incluir servicios como:

- servicios de evaluación y asesoría;
- prueba de detección a los 18 y 24 meses;
- análisis de comportamiento aplicado;
- manejo y entrenamiento conductual;
- terapia del habla;
- terapia ocupacional;
- fisioterapia; o
- medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del Trastorno del espectro autista.

Todas las disposiciones estándar contractuales de esta EOC aplicarán, incluyendo, pero no limitadas a los términos, limitaciones y exclusiones definidas.

Costos de rutina para los pacientes que participan en ciertos ensayos clínicos

El Plan brinda cobertura para atención de rutina médicamente necesaria a pacientes en un centro de Texas, como resultado de la participación del paciente en un ensayo clínico si:

- (A) El ensayo clínico es aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- (B) El ensayo clínico está aprobado por una junta de revisión institucional de una institución de este estado que tiene un acuerdo con la Oficina para la Protección de la Investigación Humana del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- (C) Ensayos financiados federalmente. — El estudio o investigación está aprobado o financiado (lo que puede incluir financiación mediante contribuciones en especie) por uno o más de los siguientes: (i) Los Institutos Nacionales de Salud. (ii) Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (iii) La Agencia de Investigación y Calidad en Atención Médica. (iv) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. (v) Una cooperativa; grupo o centro de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos. (vi) Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices publicadas por los Institutos Nacionales de Salud para las subvenciones de apoyo a centros. (vii) Cualquiera de los siguientes si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo: (I) El Departamento de Asuntos de los Veteranos. (II) El Departamento de Defensa. (III) El Departamento de Energía.



- (D) Condiciones para los departamentos. Las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o investigación realizado por un Departamento, son que el estudio o investigación haya sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario determine:
- i) ser comparable al sistema de revisión entre pares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y
 - ii) garantiza una revisión imparcial de los más altos niveles científicos por parte de personas cualificadas que no tienen ningún interés en el resultado de la revisión.



LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Los siguientes beneficios no están cubiertos, a menos que estén específicamente establecidos en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS** o en **BENEFICIOS DE FARMACIA**.

1. Servicios o suministros de Proveedores participantes, excepto:
 - a. Atención de emergencia; o
 - b. cuando lo autorice la HMO o su PCP.
2. Los Servicios o suministros que no son Médicamente necesarios y esenciales para el diagnóstico o atención y tratamiento directo de una enfermedad, lesión, afección, padecimiento o mal funcionamiento corporal tal como se define en este documento.
3. Si un servicio no está cubierto, la HMO no cubrirá ningún servicio relacionado con el mismo. Los servicios relacionados son:
 - a. servicios de preparación para el servicio no cubierto;
 - b. servicios relacionados con la prestación del servicio no cubierto;
 - c. hospitalización requerida para realizar el servicio no cubierto; o
 - d. servicios que generalmente se brindan después del servicio no cubierto, como atención de seguimiento o terapia después de la cirugía.
4. Servicios y suministros Experimentales o de Investigación. Las denegaciones basadas en servicios Experimentales o de Investigación son determinaciones adversas sujetas al proceso de revisión de utilización, incluidas las revisiones realizadas por una Organización de Revisión Independiente.
5. Cualquier cargo resultante del incumplimiento de una visita programada con un Proveedor participante o por la adquisición de registros médicos.
6. Informes médicos especiales no relacionados directamente con un tratamiento.
7. Exámenes, pruebas, vacunas u otros servicios requeridos por empleadores, aseguradoras, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades otorgantes de licencias, otros terceros o para viajes personales.
8. Servicios o suministros proporcionados por una persona que está relacionada con un Miembro por sangre o matrimonio y servicios autoadministrados.
9. Servicios o suministros por lesiones sufridas como resultado de una guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra o mientras se encuentre en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
10. Beneficios para los cuales Usted está cubierto a través de programas de derechos del gobierno federal, estatal o local, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o sus sucesores.



11. Atención de afecciones que las leyes federales, estatales o locales exigen que se traten en un centro público.
12. Comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos legales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales o administrativos o realizados como parte de investigaciones médicas.
13. Cualquier servicio, suministro o medicamento recibido por un Miembro fuera de los Estados Unidos, excepto Atención de emergencia.
14. Servicios de transporte, excepto como se describe en **Servicios de ambulancia** o cuando lo apruebe la HMO.
15. Artículos personales o de comodidad, incluidos, entre otros, televisores, teléfonos, camas para huéspedes, kits de admisión, kits de maternidad y kits para recién nacidos proporcionados por un hospital u otro centro para pacientes internados.
16. Cuartos privados excepto cuando sea Médicamente necesario y autorizado por la HMO. Si un cuarto semiprivado no está disponible, la HMO cubre un cuarto privado hasta que el cuarto semiprivado esté disponible.
17. Todos y cada uno de los trasplantes de órganos, células y otros tejidos, excepto lo descrito en **Servicios hospitalarios para pacientes internados**. Los servicios o suministros relacionados con trasplantes de órganos y tejidos u otros procedimientos cuando Usted es el donante y el receptor no es Miembro no están cubiertos.
18. Servicios o suministros para Cuidado de custodia.
19. Servicios o suministros proporcionados por una institución que sea principalmente un lugar de descanso, un lugar para personas mayores o cualquier institución similar.
20. Enfermería privada, excepto cuando se determine que es Médicamente necesario y lo ordene o autorice el PCP.
21. Servicios o suministros para Servicios dietéticos y nutricionales, incluidos kits de pruebas caseras, vitaminas, suplementos y reemplazos dietéticos y alimentos especiales, excepto:
 - un programa de evaluación nutricional para pacientes hospitalizados proporcionado en y por un Hospital y aprobado por la HMO;
 - fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias;
 - según se describe en Atención para diabetes;
 - Según se describe en Trastorno del espectro autista.
22. Servicios o suministros para Cirugía Cosmética, Reconstructiva o Plástica, incluida la cirugía de reducción o aumento (aumento) de senos, incluso cuando sean Médicamente Necesarios, excepto como se describe en Cirugía Cosmética, Reconstructiva o Plástica.



23. Servicios o suministros proporcionados principalmente para:
 - a. Sensibilidad ambiental; o
 - b. Ecología clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y eficaz por la Academia Estadounidense de Alergólogos e Inmunólogos; o
 - c. pruebas o tratamientos de alergia para pacientes hospitalizados.
24. Servicios o suministros proporcionados para, en preparación o junto con lo siguiente, excepto como se describe en **Servicios de atención de maternidad y planificación familiar**.
 - a. reversión de esterilización (masculina o femenina);
 - b. cirugía de reasignación de género y tratamientos relacionados, incluida la terapia hormonal y el asesoramiento médico o psicológico;
 - c. tratamiento de disfunción sexual, incluidos medicamentos, prótesis de pene y otras cirugías, y estudios vasculares o pletismográficos que se utilizan únicamente para diagnosticar la impotencia;
 - d. promoción de la fertilidad a través de tecnologías reproductivas extracoitales que incluyen, entre otras, inseminación artificial, inseminación intrauterina, superovulación, mejora de la capacitación uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación tubárica transuterina, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia en etapa de ovocito pronuclear, transferencia intrafalopiana de cigoto y transferencia de embriones tubáricos;
 - e. cualquier servicio o suministro relacionado con la fertilización in vitro u otros procedimientos cuando Usted es el donante y el receptor no es Miembro;
 - f. fertilización in vitro y medicamentos para la fertilidad.
25. Servicios o suministros relacionados con el cuidado de rutina de los pies, incluida la eliminación de verrugas, callos, o callos, o el corte y recorte de las uñas de los pies en ausencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica.
26. Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies planos, arcos caídos o tensión crónica del pie.
27. Servicios o suministros para la reducción de la obesidad o el peso, incluidos procedimientos quirúrgicos y medicamentos recetados, incluso si el Miembro tiene otras afecciones de salud que podrían mejorar con una reducción de la obesidad o el peso, excepto asesoramiento sobre una dieta saludable y asesoramiento/detección de obesidad según sea necesario proporcionado bajo **Servicios preventivos**.
28. Servicios o suministros para, o en conjunto con, terapia de quelación, excepto para el tratamiento de intoxicación aguda por metales.
29. Servicios o suministros para el cuidado dental para adultos mayores de 19 años, excepto como se describe en **Procedimientos quirúrgicos dentales**.
30. Tratamientos alternativos como acupuntura, acupresión, hipnotismo, terapia de masaje y aromaterapia.



31. Servicios o suministros para:
 - a. tracción intersegmentaria;
 - b. EMG de superficie;
 - c. manipulación espinal bajo anestesia;
 - d. pruebas musculares a través de máquinas de kinesiología computarizadas como Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
32. Estimuladores galvánicos o unidades TENS.
33. Suministros desechables o consumibles para pacientes ambulatorios, como jeringas, agujas, suministros para análisis de sangre u orina (excepto los utilizados en el tratamiento de la diabetes); fundas, bolsos, prendas elásticas, medias y vendajes, ligeros, bolsas de ostomía.
34. Servicios de psicoterapia y pruebas psicológicas/neuropsicológicas que incluyen, entre otros:
 - a. pruebas educativas;
 - b. pruebas obligatorias del empleador/gobierno;
 - c. pruebas para determinar la elegibilidad para beneficios por incapacidad;
 - d. pruebas con fines legales (por ejemplo, evaluaciones de custodia/ubicación, evaluaciones forenses y pruebas ordenadas por el tribunal);
 - e. pruebas con fines vocacionales (por ejemplo, inventarios de intereses, inventarios relacionados con el trabajo y desarrollo profesional);
 - f. servicios dirigidos a mejorar la personalidad o el estilo de vida;
 - g. consejería vocacional o religiosa;
 - h. actividades principalmente de carácter educativo;
 - i. terapia musical o de danza;
 - j. terapia bioenergética; o
 - k. servicios psicoterapéuticos a los que accede simultáneamente más de un proveedor de atención de salud mental.
35. Biorretroalimentación (excepto por un diagnóstico de Lesión cerebral adquirida) u otros servicios de modificación conductual.
36. Servicios de salud mental, excepto los descritos en **Servicios de salud conductual** o los que puedan proporcionarse en virtud del **Trastorno del espectro autista**.
37. Centros de tratamiento residencial para Dependencia química que no sean:
 - a. acreditados como tal instalación por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales;
 - b. autorizados como programa de tratamiento de Dependencia química por la Comisión de Texas sobre Abuso de Alcohol y Drogas; o
 - c. autorizados, certificados o aprobados como programa o centro de tratamiento de dependencia química por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencia, certificar o aprobarlo.
38. Programas de trauma o naturaleza para tratamiento de salud conductual o Dependencia química.
39. Reemplazo por pérdida, daño o defecto de funcionamiento de audífonos. Las baterías no



están cubiertas, a menos que sean necesarias al momento de la adaptación inicial del audífono.

40. Equipos de lujo, como sillas de ruedas y camas motorizadas (a menos que se determine que son Médicamente necesarios); artículos de confort; tablas de cama; ascensores para bañeras; mesas de cama; purificadores de aire; baños de sauna; equipo de ejercicio; estetoscopios y esfigmomanómetros; artículos Experimentales y/o de Investigación; y reemplazo, reparación o mantenimiento del DME.
41. Medicamentos, medicamentos con receta o suministros de venta libre y cualquier tipo de medicamento, excepto:
 - a. según lo dispuesto mientras esté confinado como paciente hospitalizado,
 - b. según lo dispuesto en **Trastorno del espectro autista**;
 - c. según lo dispuesto en **Atención para diabetes**;
 - d. dispositivos anticonceptivos y anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA para mujeres con receta escrita de un proveedor participante; o
 - e. si están cubiertos en **BENEFICIOS DE FARMACIA**.
42. Dispositivos anticonceptivos masculinos, incluidos productos anticonceptivos de venta libre, como condones; dispositivos anticonceptivos femeninos, incluidos productos anticonceptivos de venta libre, como espermicida, cuando no los recete un Proveedor participante.
43. Cualquier procedimiento, equipo, servicio, suministro o cargo por abortos para los cuales esté prohibido el financiamiento federal. Se permiten fondos federales para abortos en los que un embarazo, certificado por un médico, la pone a Usted en peligro de muerte a menos que se realice un aborto.
44. Aborto electivo.



BENEFICIOS DE FARMACIA

Definiciones

Además de los términos aplicables establecidos en la sección **DEFINICIONES** de esta EOC, los siguientes términos aplicarán específicamente a la sección **BENEFICIOS DE FARMACIA**.

Código Nacional de Drogas (NDC, por sus siglas en inglés) significa un sistema de clasificación nacional para la identificación de drogas.

Copago significa el monto en dólares que paga el Miembro por cada orden de medicamentos con receta surtido o resurtido con una Farmacia participante.

Farmacia participante significa una farmacia minorista independiente, una cadena de Farmacias minoristas, una farmacia del programa de pedidos por correo o un Proveedor de farmacia especializada que ha celebrado un acuerdo escrito con la HMO para brindar servicios farmacéuticos a los Miembros según esta EOC.

Farmacia preferida participante significa una Farmacia participante que tiene un acuerdo escrito con la HMO para proporcionar servicios farmacéuticos a los Miembros o una entidad elegida por la HMO para administrar su programa de medicamentos con receta y que ha sido designada como una Farmacia preferida participante.

Farmacia significa un establecimiento con licencia estatal y federal donde se practica la farmacia, que está físicamente separado y apartado del consultorio de cualquier Proveedor, y donde los Medicamentos de venta con receta médica y dispositivos son despachados bajo Órdenes de receta al público en general por un farmacéutico con licencia para despachar dichos medicamentos y dispositivos bajo las leyes del estado en el que ejerce.

Lista de medicamentos significa una lista de todos los medicamentos que pueden estar cubiertos en sus Beneficios de farmacia. La Lista de medicamentos está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org. Usted también puede comunicarse con servicio al cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Medicamentos de especialidad significa un medicamento con receta de alto costo que cumple cualquiera de los siguientes criterios:

- (1) utilizado en poblaciones de pacientes o indicaciones limitadas,
- (2) normalmente es autoadministrado,
- (3) disponibilidad limitada, requiere dispensación o entrega especial y/o apoyo para el paciente, por lo tanto, son difíciles de obtener a través de los canales farmacéuticos tradicionales.
- (4) requiere procedimientos complejos de reembolso y/o
- (5) una parte considerable del uso y los costos se generan frecuentemente a través de reclamos médicos en el consultorio.



Medicamento de marca no preferida significa un Medicamento de marca que aparece en la Lista de medicamentos aplicable y está sujeto al Copago de Medicamento de marca no preferido. La Lista de medicamentos está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org.

Medicamento de marca preferida significa un Medicamento de marca que aparece en la Lista de medicamentos aplicable y está sujeto al Copago de Medicamento de marca preferida. Esta lista está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org.

Medicamento de marca significa un medicamento o producto manufacturado por un solo fabricante, según lo define un proveedor reconocido a nivel nacional de información de bases de datos de productos farmacéuticos. Puede haber algunos casos en los que dos fabricantes produzcan el mismo producto bajo una misma licencia, lo que se conoce como producto con licencia conjunta, que también se consideraría un Medicamento de marca. También puede haber situaciones en las que la clasificación de un medicamento cambie de genérico a Medicamento de marca preferida debido a un cambio en el mercado que resulte en que el genérico sea una fuente única, o que cambie la información de la base de datos del medicamento, lo que también resultaría en un cambio correspondiente en el Copago. obligaciones de genérico a Marca preferida.

Medicamento de venta con receta significa un medicamento, biológico o recetado compuesto que, por ley, debe tener una etiqueta que diga "Precaución: la ley federal prohíbe la dispensación sin receta" y que está aprobado por la FDA para un uso o propósito particular.

Medicamento genérico significa un medicamento que tiene el mismo ingrediente activo que el Medicamento de marca y cuenta con permiso para ser producido después de que la patente del medicamento de marca haya expirado. Para determinar la clasificación de marca o genérica de los medicamentos cubiertos y la correspondiente responsabilidad de copago del miembro, la HMO utiliza el estado genérico/de marca asignado por un proveedor de información de base de datos de productos farmacéuticos reconocido a nivel nacional. La Lista de medicamentos que identifica los Medicamentos genéricos preferidos y no preferidos está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org; o Usted puede comunicarse con servicio al cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Monto permitido significa el monto máximo determinado por la HMO para ser elegible para consideración de pago por un medicamento cubierto en particular. Según se aplica a las Farmacias participantes, el Monto permitido se basa en las disposiciones del contrato entre HMO y la farmacia participante vigente en la fecha del servicio. Según se aplica a los **Medicamentos con receta comprados fuera del Área de servicio**, el Monto permitido se basa en la tarifa del contrato de la Farmacia participante.

Orden de receta significa una orden escrita o verbal de su Profesional de atención médica autorizado a un farmacéutico para que se dispense un medicamento o dispositivo.

Porcentaje de copago significa el monto del porcentaje pagado por el Miembro por cada orden de de medicamentos con receta surtido o resurtido con una Farmacia participante.

Profesional de la atención médica significa un enfermero de práctica avanzada, doctor en medicina, doctor en odontología, asistente médico, doctor en osteopatía, doctor en podología u otra persona autorizada con autoridad para recetar medicamentos.

Proveedor de farmacia de especialidad significa una Farmacia participante que ha celebrado un acuerdo



escrito con la HMO para proporcionar medicamentos especializados a los Miembros según esta EOC.

Red de farmacias para vacunas significa la red de Farmacias participantes que han celebrado un acuerdo escrito con la HMO para proporcionar ciertas vacunas a los Miembros según esta EOC.

Medicamentos cubiertos

Los Beneficios para medicamentos cubiertos Medicamento Necesarios recetados para tratarle una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal cubierta por la HMO están disponibles si el medicamento está en la Lista de medicamentos correspondiente y ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). para al menos una indicación y se reconoce por lo siguiente para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe el medicamento:

- un compendio de referencia de medicamentos recetados aprobado por el Departamento de Seguros de Texas, o
- literatura médica revisada por pares sustancialmente aceptada.

Si bien los medicamentos nuevos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dichos medicamentos, a menos que la HMO excluya específicamente el uso previsto, pueden ser elegibles para recibir beneficios si están incluidos en la Lista de medicamentos correspondiente. Algunos medicamentos equivalentes se fabrican con varias marcas. En tales casos, la HMO puede limitar los beneficios a solo una de las marcas equivalentes disponibles.

Los medicamentos enumerados en el Formulario del Plan continuarán siendo ofrecidos al nivel de beneficios contratado hasta la fecha de renovación del Plan.

Usted es responsable de cualquier Copago/Porcentaje de copago por los medicamentos cubiertos que se muestran en el **Programa de beneficios y cobertura** y de las diferencias de precios que puedan aplicarse al medicamento cubierto dispensado. 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.

Medicamentos inyectables. Están cubiertos los medicamentos inyectables aprobados por la FDA para su autoadministración. Los medicamentos inyectables incluyen, pero no están limitados a insulina e Imitrex.

El suministro diario de jeringas y agujas desechables que Usted necesitará para las inyecciones autoadministradas se limitará en cada ocasión a cantidades apropiadas para las dosis de los medicamentos inyectables cubiertos realmente recetados y dispensados, pero no puede exceder las 100 jeringas y agujas por orden de receta en un período de 30 días.

Suministros de Atención para diabetes. insulina, análogos de insulina, plumas de insulina, jeringas de insulina, agujas, dispositivos de inyección, kits de emergencia de glucagón, lancetas, dispositivos de lancetas, solución para medir la glucosa, tiras reactivas especificadas para su uso con un monitor de glucosa en sangre correspondiente, tiras de lectura visual y tiras reactivas para orina y sangre. , y tabletas que analizan glucosa, cetonas y proteínas, y agentes orales recetados y no recetados para controlar los niveles de azúcar en sangre están cubiertos.

Se aplicará un Copago/Porcentaje de copago/copago separado a cada surtido de una receta comprada el mismo día para insulina y jeringas de insulina.



Atención preventiva. Los medicamentos de venta libre que tengan en efecto una clasificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”) o según lo exija la ley estatal estarán cubiertos y no estar sujeto a cualquier Copago, Porcentaje de copago, Deducible o máximos en dólares.

Vacunas obtenidas a través de ciertas Farmacias participantes. Los beneficios para vacunas se muestran en el **Programa de beneficios y cobertura**. Estas vacunas están disponibles a través de ciertas Farmacias participantes que tienen un contrato con la HMO para proporcionar este servicio. Para encontrar una de estas Farmacias participantes en la Red de farmacias para vacunas en su área y para determinar que vacunas están cubiertas bajo este beneficio, visite el sitio web www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio al cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Cada Farmacia participante incluida en la Red de farmacias para vacunas que tiene contrato con la HMO para brindar este servicio puede tener requisitos de edad, programación u otros que se aplicarán, por lo que le recomendamos que se comunique con ellos con anticipación.

Fórmulas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias. Están cubiertas las fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias.

Fórmulas elementales a base de aminoácidos. Las Fórmulas sin importar el método de administración de la fórmula, utilizadas para el diagnóstico y el tratamiento de:

- Alergias relacionadas o no con la Inmunoglobulina E para múltiples proteínas de alimentos
- Síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias grave;
- Trastornos eosinofílicos, según lo que demuestran los resultados de una biopsia; y
- Trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

Se requiere una Orden de receta de su Profesional de atención médica. El Plan cubre las Fórmulas elementales a base de aminoácidos sobre una base no menos favorable que la base sobre la cual los medicamentos recetados y otros medicamentos y servicios relacionados están cubiertos por el Plan, y en la misma medida exacta en que el plan proporciona cobertura para medicamentos que están disponibles sólo por orden de un médico.

Medicamentos contra el cáncer administrados oralmente. Los Beneficios están disponibles para Medicamentos contra el cáncer administrados oralmente Médicamente necesarios que son utilizados para eliminar o ralentizar el crecimiento de células cancerosas.

Los Copagos/Porcentaje de Copagos no aplicarán a ciertos Medicamentos contra el cáncer administrados oralmente. Para determinar si un medicamento específico está incluido en este beneficio, comuníquese con servicio al cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Medicamentos de especialidad. Hay Beneficios disponibles para Medicamentos de especialidad según se describe en **Programa de farmacia de especialidad**.

Los medicamentos para un uso no incluido en la etiqueta: Los medicamentos para un uso no incluido en la etiqueta son beneficios cubiertos cuando han sido aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) por lo menos si se usan dentro de la indicación y se reconocen para el tratamiento de la indicación para la cual se receta el medicamento en un compendio de referencia de



medicamentos estándar o por ser sustancialmente aceptados en publicaciones médicas sometidas a revisión por pares. El medicamento debe recetarse para tratar un Servicio cubierto y debe ser medicamento necesario. Los medicamentos para un uso no incluido en la etiqueta no se denegarán únicamente sobre la base de que el medicamento no está incluido en el Formulario.

Seleccionar una Farmacia.

Cuando Usted necesita surtir una Orden de receta, Usted debe utilizar una Farmacia participante. Cada receta o resurtido está sujeto a un Copago/Porcentaje de Copago que aparece en el **Programa de beneficios y cobertura** y a cualquier diferencia de precio aplicable. Es posible que deba pagar por Servicios limitados o no cubiertos. No se requiere formularios de reclamo.

Aunque puede acudir a cualquier Farmacia participante, sus beneficios para medicamentos y otros artículos cubiertos según esta disposición serán mayores cuando los obtenga en una Farmacia preferida participante. Sus Copagos serán menores cuando utilice una Farmacia preferida participante.

Si no sabe cuáles son las Farmacias participantes, Usted puede visitar el sitio web www.christushealthplan.org (Buscador de proveedores). El Buscador de Proveedores identifica las Farmacias preferidas participantes. También puede llamar al servicio de atención al cliente al número de teléfono gratuito que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información sobre las Farmacias participantes y las Farmacias preferidas participantes.

Programas de pedidos por correo. Si elige utilizar el servicio de pedido por correo, Usted debe enviar su Orden de receta a la dirección proporcionada en el formulario de receta de pedido por correo y enviar su pago por cada receta surtida o resurtida. Cada receta o resurtido está sujeto al Copago/Porcentaje de copago que se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura** y a cualquier diferencia de precios aplicable, que el Miembro debe pagar directamente a la Farmacia de pedidos por correo.

Es posible que algunos medicamentos no estén disponibles a través del programa de pedidos por correo. Si tiene preguntas sobre el programa de pedido por correo, necesita asistencia para determinar el monto de su pago o necesita un formulario de reclamo para pedidos por correo, visite el sitio web www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio a cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación. Envíe el formulario completado, su Orden de receta y pago a la dirección que se indica en el formulario.

Programa de Farmacia de especialidad. El servicio de entrega de Medicamentos de especialidad integra los beneficios de medicamentos de especialidad con los beneficios médicos y de medicamentos con receta generales de los Miembros. Este programa proporciona la entrega de medicamentos directamente desde el Proveedor de farmacia de especialidad a su Profesional de atención médica, al lugar de administración o al Miembro que está recibiendo tratamiento por una Afección médica compleja.

El servicio de entrega de Medicamentos de especialidad de la HMO ofrece:

- Coordinación de cobertura entre Usted, su Profesional de atención médica y la HMO.
- Materiales educativos sobre la afección particular del paciente e información sobre cómo manejar los posibles efectos adversos de los medicamentos.
- Jeringas, recipientes para objetos punzantes, hisopos con alcohol y otros suministros con cada envío de medicamentos autoinyectables aprobados por la FDA, y



- Acceso a un farmacéutico para cuestiones urgentes de medicación las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

La Lista de medicamentos que incluye estos Medicamentos de especialidad está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio a cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación. Su costo será el Copago/Porcentaje de copago aplicable que se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura**, así como cualquier diferencia de precios aplicable.

Medicamentos con receta comprados fuera del Área de servicio. La HMO le reembolsará el Monto permitido de los medicamentos con receta menos el Copago/Porcentaje de copago de medicamentos fuera del área que se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura**, para los medicamentos con receta cubiertos que usted compre fuera del Área de servicio. Debe enviar un formulario de reclamo completo a la HMO, que incluya su nombre, el nombre del Profesional de atención médica autorizado que receta, la fecha de compra, el NDC del medicamento y los recibos detallados que indiquen el costo total de la receta dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de compra para calificar para el reembolso bajo los **BENEFICIOS DE FARMACIA**. Puede visitar el sitio web www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo para medicamentos con receta.

Monto de Gasto compartido prorrateado para suministros parciales. El Plan prorrateará cualquier monto de costo compartido cobrado por un suministro parcial de un medicamento recetado si la farmacia o el médico que prescribe el Miembro notifica al Plan que la cantidad dispensada es para sincronizar las fechas en que la farmacia dispensa los medicamentos recetados del Miembro y la sincronización de las fechas en el mejor interés del Miembro, si el Miembro acepta la sincronización. La cantidad prorrateada debe basarse en la cantidad de días que realmente se dispensa el suministro del medicamento. Esto solo aplica a medicamentos que:

- Están cubiertos por el Plan;
- Cumpla los criterios anteriores de Autorización previa específicamente aplicable al medicamento bajo el Plan en la fecha en que se realiza la solicitud de sincronización;
- Sea utilizado para el tratamiento y manejo de una enfermedad crónica;
- Puede recetarse con resurtidos;
- Es una formulación que puede dispensarse eficazmente de acuerdo con el plan de sincronización de medicación descrito anteriormente; y
- No es, según los cronogramas establecidos por el comisionado del Departamento de Servicios de Salud del Estado bajo el Capítulo 481, Código de Salud y Seguridad, una sustancia controlada de la Lista II o una sustancia controlada de la Lista III que contenga hidrocodona.

Su costo

Cómo aplican los montos de Copago/Porcentaje de Copago Si el Monto permitido del medicamento es menor que el Copago/porcentaje de copago, usted paga el costo más bajo. No pagará más que el Copago/Porcentaje de copago del Medicamento de marca preferido o del Medicamento de marca no preferido aplicable si la receta no tiene un equivalente genérico. Si recibe un Medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, el Copago/Porcentaje de copago será el total del Copago/Porcentaje de copago del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del equivalente del medicamento genérico y el costo del Medicamento de marca. Se pueden permitir excepciones a esto para ciertos medicamentos preventivos (incluidos los medicamentos anticonceptivos recetados) si su Profesional de



atención médica envía una solicitud a la HMO indicando que el Medicamento genérico sería médicamente inapropiado, junto con la documentación de respaldo. Si la HMO concede la solicitud de excepción, se renunciará a cualquier diferencia entre la cantidad permitida para el Medicamento de marca y el equivalente del Medicamento genérico.

Acerca de sus Beneficios

Lista de Medicamentos cubiertos. En la Lista de medicamentos se muestra una lista de todos los medicamentos cubiertos. La HMO revisará periódicamente la Lista de medicamentos y la ajustará para modificar el estado de los Medicamentos de marca preferidos/no preferidos de los medicamentos nuevos y existentes. Los cambios a la Lista de medicamentos se implementarán en la próxima fecha de renovación del Acuerdo de grupo y están sujetos a los requisitos del Código de Seguros de Texas, 1369.0541. La Lista de medicamentos y cualquier modificación de la misma se pondrán a disposición de los Miembros. Usted, el miembro, tiene derecho a recibir un aviso de 60 días para la modificación de la cobertura de medicamentos. Esta lista está disponible en el sitio web www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio a cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Determinaciones adversas sobre Medicamentos con receta

Un agente de revisión de la utilización le proporcionará un Aviso de una determinación adversa para una revisión concurrente de utilización para la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por los cuales el Miembro recibe beneficios de salud bajo el Contrato de seguro médico a más tardar el día 30 antes de la fecha en que se suspenderá el suministro de medicamentos con receta o infusiones intravenosas.

Solicitud de una excepción. Usted o su Profesional de atención médica autorizado para recetar que le receta el medicamento pueden solicitar una excepción a la Lista de medicamentos si su medicamento no está en la Lista de medicamentos (también conocida como formulario). Para solicitar esta excepción, usted o su Profesional de atención médica autorizado para recetar pueden llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación para solicitar una revisión. Si tiene una afección de salud que puede poner en peligro su vida, su salud o impedirle recuperar su función, o si su tratamiento farmacológico actual utiliza un medicamento no cubierto, usted o su Profesional de atención médica autorizado para recetar pueden solicitar un proceso de revisión acelerado. La HMO le informará a Usted y a su Profesional de atención médica autorizado para recetar la decisión de cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su Solicitud y en 24 horas para una revisión acelerada. Si la solicitud de cobertura es denegada, la HMO le informará a Usted y a su Profesional de atención médica autorizado para recetar la razón de la denegación y le ofrecerá un medicamento cubierto alternativo (si corresponde). Si su excepción es denegada, Usted puede apelar la decisión conforme al proceso de apelación de Farmacia que recibirá con la determinación de negación. Llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación si tiene preguntas.

Suministro diario. Los beneficios para medicamentos cubiertos obtenidos en una Farmacia participante se brindan hasta el límite máximo de suministro diario como se muestra en el **Programa de beneficios y cobertura**. La HMO tiene derecho a determinar el suministro diario. Se puede denegar el pago de los beneficios cubiertos por la HMO si los medicamentos se dispensan o entregan de una manera destinada a cambiar, o que tenga el efecto de cambiar o eludir, la limitación máxima de suministro diario establecida.

Si sale del país o necesita un suministro prolongado de medicamentos, llame al servicio de atención al cliente al menos dos semanas antes de su intención de salir. Los suministros extendidos o la anulación de vacaciones



no están disponibles a través del programa de pedidos por correo, pero pueden aprobarse únicamente a través de la Farmacia minorista. En algunos casos, es posible que se le solicite que proporcione prueba de que continúa siendo elegible como Miembro según la EOC.

Dispensación/cantidad versus límites de tiempo. La cantidad máxima de un determinado medicamento recetado indica la cantidad de unidades que se dispensarán y se determina en función de la información médica pertinente y de la eficacia y seguridad clínica. Las cantidades de algunos medicamentos están restringidas independientemente de la cantidad solicitada por el Profesional de la atención médica. Para saber si un medicamento específico está sujeto a limitaciones, Usted puede acceder al sitio web www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio a cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación. Si se emite una Orden de receta para una determinada cantidad de medicamento que se debe tomar en un período indicado por un Profesional de atención médica, la Orden de receta solo estará cubierta para una cantidad predeterminada de medicamento clínicamente apropiada durante el período de tiempo especificado. Los límites de dispensación se basan en las recomendaciones de dosificación de la FDA y en las pautas clínicas reconocidas a nivel nacional.

Si necesita una Orden de receta que supere el límite de dispensación establecido por la HMO, solicite a su Profesional de atención médica que presente una solicitud de revisión clínica en su nombre. El Profesional de la atención médica puede obtener un formulario de solicitud de anulación accediendo a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Cualquier información médica pertinente junto con el formulario completo debe enviarse por fax a Clinical Pharmacy Programs al número de fax indicado en el formulario. La solicitud será aprobada o denegada después de la evaluación de la información clínica presentada. La HMO tiene el derecho a determinar los límites de dispensación a su sola discreción. Se puede negar el pago de los beneficios cubiertos por la HMO si los medicamentos se dispensan o entregan de una manera destinada a cambiar, o que tenga el efecto de cambiar o eludir, la limitación de cantidad máxima establecida.

Límites para Sustancias controladas. En caso de que la HMO determine que un Miembro puede estar recibiendo cantidades de una Sustancia controlada que no están respaldadas por las dosis aprobadas por la FDA o las pautas de tratamiento reconocidas, cualquier medicamento adicional puede estar sujeto a una revisión de necesidad médica, idoneidad y otras restricciones de cobertura tales como limitar la cobertura a los servicios de un determinado Proveedor y/o Farmacia Participante para la prescripción y dispensación de la Sustancia controlada.

Tratamiento escalonado. La cobertura de ciertos medicamentos con receta o ciertos tipos de medicamentos está sujeta al programa de tratamiento escalonado. Los programas de terapia escalonada favorecen el uso de medicamentos alternativos clínicamente aceptables que pueden ser menos costosos para usted antes de que los medicamentos en la lista de tratamiento escalonado estén cubiertos por la HMO. Estos programas no aplican los Medicamentos con receta asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro o enfermedades asociadas.

Cuando envíe una Orden de receta a una Farmacia participante para uno de estos medicamentos designados, se alertará al farmacéutico si la revisión en línea de su historial de reclamos de recetas indica que no se ha probado previamente un medicamento alternativo aceptable. De ser así, se le proporcionará un número de teléfono gratuito para que su Profesional de atención médica llame y obtenga información adicional sobre el programa y los criterios. Una lista de medicamentos de tratamiento escalonado está disponible para Usted y su Profesional de atención médica www.christushealthplan.org o comuníquese con servicio a cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación



Si es Medicamento necesario, se puede obtener la cobertura para un medicamento con receta o un tipo de medicamento sujeto al programa de tratamiento escalonado sin probar primero el medicamento alternativo. En este caso, su Profesional de atención médica debe comunicarse con la HMO para obtener la Autorización previa para la cobertura de dicho medicamento. Si se otorga la autorización, se notificará al Profesional de atención médica y el medicamento estará cubierto con el Copago/Porcentaje de Copago aplicable.

Aunque actualmente Usted se encuentre en tratamiento escalonado, su Reclamo puede necesitar revisión para verificar que se cumplan los criterios de cobertura de tratamiento adicional. Es posible que se requiera un tratamiento documentado con un medicamento terapéutico alternativo genérico o de marca para continuar con la cobertura del Medicamento de marca.

Autorización previa. La cobertura de ciertos medicamentos con receta está sujeta a criterios de Autorización previa. Esto significa que para garantizar que el medicamento sea seguro, eficaz y parte del plan específico de tratamiento, ciertos medicamentos pueden requerir Autorización previa y la evaluación de información clínica adicional antes de ser entregados. Usted y su Profesional de atención médica pueden acceder a una lista de medicamentos que requieren Autorización previa en nuestro sitio web www.christushealthplan.org o puede comunicarse con servicio al cliente a la línea gratuita que aparece en su tarjeta de identificación.

Cuando Usted presenta una Orden de receta en una Farmacia participante para uno de estos medicamentos designados, el farmacéutico recibirá una alerta en línea si su Orden de receta está en la lista de medicamentos que requiere Autorización previa antes de surtirla. Si esto ocurre, su Profesional de atención médica tendrá que presentar un formulario de autorización. Su Profesional de atención médica también puede presentar este formulario antes de solicitar el medicamento a la Farmacia. El Profesional de atención médica puede obtener el formulario de autorización en nuestro sitio web www.christushealthplan.org. La cobertura del medicamento solicitado puede ser aprobada o denegada por la HMO según su conformidad con los criterios clínicos establecidos.

Derecho a apelar. Usted tiene derecho a apelar según se explica en la sección **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES** de esta EOC.



LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS DE FARMACIA

Los Beneficios de farmacia no están disponibles para:

1. Medicamentos que no aparecen en la Lista de medicamentos.
2. Medicamentos que por ley no requieren una Orden de receta, excepto lo indicado en Atención preventiva en **BENEFICIOS DE FARMACIA**, de un Profesional de atención médica autorizado y Medicamentos de venta con receta médica o dispositivos cubiertos para los cuales no se obtiene una Orden de receta válida. (Están cubiertos la insulina, los análogos de la insulina, las plumas de insulina, los agentes orales con y sin receta para controlar los niveles de azúcar en la sangre y las vacunas administradas a través de ciertas farmacias participantes que se muestran en el **Programa de beneficios y cobertura**).
3. Medicamentos con receta si hay un producto de venta libre disponible con los mismos ingredientes activos en la misma concentración, a menos que la HMO determine lo contrario.
4. Medicamentos que por ley deben estar etiquetados como: “Caution - Limited by Federal Law to Investigational Use,” (“Precaución: limitado por la ley federal al uso en investigación”) o medicamentos experimentales, aunque se cobre por los medicamentos.
5. Medicamentos cuyo uso o uso previsto sería ilegal, poco ético, imprudente, abusivo, no medicamento necesario o inadecuado de otro modo.
6. Medicamentos obtenidos mediante uso no autorizado, fraudulento, abusivo o indebido de la cédula de identificación.
7. Medicamentos utilizados o destinados a ser utilizados en el tratamiento de una afección, dolencia, lesión o mal funcionamiento corporal que no está cubierto por la HMO, o para los cuales se han agotado los beneficios.
8. Medicamentos inyectados, ingeridos o aplicados en el consultorio de un Médico o durante la reclusión mientras un paciente se encuentra en un Hospital u otra institución o centro de cuidados intensivos, incluidos los medicamentos para llevar a casa; y medicamentos dispensados por un hogar de ancianos o una institución o centro de custodia o de atención crónica.
9. Medicamentos cuyo precio habitual de venta al público en Farmacia es menor o igual al Copago.
10. Medicamentos adquiridos en una Farmacia no participante en el Área de servicio.
11. Dispositivos o equipos médicos duraderos (DME), como, entre otros, dispositivos terapéuticos, incluidas prendas de soporte y otras sustancias no medicinales, aunque dichos dispositivos puedan requerir una orden de prescripción médica. (Están cubiertas las agujas hipodérmicas desechables, las jeringas para inyecciones autoadministradas y los dispositivos anticonceptivos). Sin embargo, Usted tiene ciertos beneficios para DME disponibles en la sección **Equipo médico duradero** en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**. La cobertura para dispositivos anticonceptivos femeninos y el alquiler



(o, a opción de compra de la HMO) de extractores de leche manuales o eléctricos se proporciona como se indica en la sección **Servicios preventivos y de mantenimiento de la salud** en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

12. Dispositivos anticonceptivos masculinos, incluidos productos anticonceptivos de venta libre, como condones; dispositivos anticonceptivos femeninos, incluidos productos anticonceptivos de venta libre, como espermicida, cuando no los recete un Proveedor participante.
13. Cualquier servicio especial proporcionado por una Farmacia, incluyendo, pero sin limitarse a asesoría y entrega. Una excepción a esta exclusión son las vacunas que figuran en el **Programa de beneficios y cobertura**, administradas a través de ciertas Farmacias participantes.
14. Los medicamentos dispensados en exceso de las cantidades de suministro diario indicadas en el **Programa de beneficios y cobertura** o resurtidos de cualquier receta en exceso del número de resurtidos establecidos por el Profesional de atención médica autorizado o por la ley o cualquier medicamento dispensado más de un (1) año después de la fecha de la Orden de receta.
15. Administración o inyección de cualquier medicamento.
16. Medicamentos inyectables, excepto os medicamentos de especialidad o aquellos aprobados por la FDA para autoadministración.
17. Fármacos para mejorar el rendimiento deportivo.
18. Rogaine, minoxidil o cualquier otro fármaco, medicamento, solución o preparación utilizada o destinada a ser utilizada en el tratamiento de la caída del cabello, adelgazamiento del cabello o cualquier condición relacionada, ya sea para facilitar o promover el crecimiento del cabello, para reemplazar el cabello perdido o de otro modo.
19. Cualquier enjuague bucal antiséptico o con flúor recetado, enjuagues bucales o soluciones o preparaciones orales tópicas.
20. Medicamentos cosméticos utilizados principalmente para mejorar la apariencia, incluidos, entre otros, la corrección de las arrugas de la piel y el envejecimiento de la piel.
21. Retin A o medicamentos tópicos farmacológicamente similares.
22. Medicamentos recetados y dispensados para el tratamiento de la obesidad o para su uso en cualquier programa de reducción de peso, pérdida de peso o control dietético.
23. Medicamentos para tratar la disfunción sexual que incluyen, entre otros, citrato de sildenafil, fentolamina, apomorfina y alprostadil en forma oral y tópica.
24. Medicamentos para el tratamiento de la Infertilidad (orales e inyectables).
25. Órdenes de receta que no cumplen con los criterios de tratamiento escalonado requeridos.
26. Órdenes de receta que no cumplen con los criterios de Autorización previa requeridos.
27. Algunos medicamentos equivalentes se fabrican con varias marcas. La HMO puede limitar los beneficios a solo una de las marcas equivalentes disponibles. Si no acepta la marca cubierta por esta



EOC, las compras de Medicamentos de marca no estarán cubiertas bajo ningún nivel de beneficio.

28. Reemplazo de medicamentos u otros artículos que se hayan perdido, robado, destruido o extraviado.
29. Gastos de envío, manipulación o entrega.
30. Medicamentos de marca en una clase de medicamentos donde hay una alternativa de venta libre disponible.
31. Órdenes de recetas escritas por un miembro de Su familia inmediata, o una Orden de recetas autorecetada.
37. Medicamentos que son reempacados por otra persona que no es el fabricante original.
32. Medicamentos que la HMO determina que tienen una eficacia inferior o problemas de seguridad importantes.



COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

Esta sección del Contrato se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan de salud. El "Plan de salud" se define más adelante.

Las disposiciones en esta sección rigen el orden en el cual cada plan de salud, incluido este Plan, pagará un reclamo de beneficios. Al orden del proceso se le llama "Coordinación de Beneficios" (COB, por sus siglas en inglés).

El plan de salud que paga primero se conoce como el plan primario. El plan primario tiene que pagar los beneficios conforme a los términos de su contrato sin importar la posibilidad de que otro plan de salud pueda cubrir algunos gastos.

El plan de salud 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.

Definiciones

(a) Un "plan de salud" 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 salud coordinada para los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan de salud y no hay coordinación entre esos contratos por separado.

(1) El plan de salud incluye:

- pólizas grupales, de cobertura total, o franquicias de pólizas de seguros de accidentes y salud, excluida la cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
- evidencia de cobertura por la Organización para el Mantenimiento de la salud individual y grupal; pólizas de seguro médico y de accidente individuales;
- planes de beneficios con proveedores preferidos individuales y grupales y planes de beneficios con proveedores exclusivos;
- contratos de seguro grupales, individuales y de asegurado que pagan o reembolsan por el costo de la atención dental;
- componentes de atención médica de contratos de atención de largo plazo, grupales e individuales.
- cobertura de beneficios limitados que no fue emitida para complementar pólizas vigentes individuales o grupales;
- planes de cobertura grupal o de ese tipo, que no están asegurados;
- cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóvil; y
- Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.



(2) El plan de salud no incluye:

- cobertura de protección de ingresos en caso de discapacidad;
- Fondo de Seguros de Salud de Texas;
- cobertura de seguro de compensación a los trabajadores;
- cobertura de indemnización por confinamiento en un hospital u otras coberturas de indemnización fija; cobertura por enfermedad específica;
- cobertura de beneficios complementarios;
- cobertura solo de accidentes;
- cobertura de accidente específico;
- cobertura de accidentes escolares que cubren a estudiantes solamente por accidentes, incluidas lesiones atléticas, las "24 horas" o "hacia y desde la escuela";
- beneficios proporcionados en los contratos de seguro de atención de largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo: atención personal, cuidado diurno para adultos, servicios domésticos, asistencia con actividades cotidianas, atención médica de relevo, y atención durante la convalecencia o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin importar los gastos en los que se incurra o los servicios que se reciban;
- pólizas complementarias de Medicare;
- un plan estatal de conformidad con Medicaid;
- un plan gubernamental que, por ley, provee beneficios que exceden los provistos por planes de seguro privados u otros planes no gubernamentales; o
- un contrato individual de seguro de salud y por accidente que está diseñado para integrarse completamente con otras pólizas por medio de un deducible variable.

Cada contrato de una cobertura bajo los puntos (a)(1) o (a)(2) es un plan de salud separado. Si un plan de salud 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 de salud por separado.

(b) "Este Plan" significa, en esta sección, la parte del Contrato que provee los beneficios de atención médica a la cual se aplica la sección y la cual se puede reducir debido a los beneficios de otros planes de salud. 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.

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 de salud sin considerar los beneficios de cualquier otro plan de salud. Cuando este Plan es el secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan de salud y puede reducir los beneficios que paga, de manera que los beneficios del plan de salud sean iguales al 100 % del gasto total permitido.



(c) "Gasto permitido" es un gasto de atención médica, incluidos los deducibles y los copagos que están cubiertos al menos en parte por cualquier plan que cubra al Miembro. Cuando un plan de salud provee beneficios en forma de servicios, como este Plan, el valor razonable en efectivo de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan de salud que cubra al miembro no es un gasto permitido. Además, cualquier gasto que un proveedor de atención médica o médico tenga prohibido cobrarle a un Miembro por ley o de conformidad con un acuerdo contractual no es un gasto permitido.

Los siguientes son ejemplos de gastos que no son gastos permitidos:

- (1) 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 de salud provea cobertura para los gastos de habitaciones privadas en el hospital.
- (2) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud que no tienen tarifas negociadas y calculan sus pagos de beneficios con base en las tarifas usuales y habituales, montos permitidos, 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.
- (3) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud 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.
- (4) Si un Miembro está cubierto por un plan de salud que no tiene tarifas negociadas y calcula sus beneficios o servicios con base en las tarifas usuales y habituales, los montos permitidos, la metodología de reembolso de programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y otro plan de salud 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 de salud. Sin embargo, si el proveedor de atención médica o el médico tiene un contrato con el plan secundario para proveer el beneficio o servicio a una tarifa negociada específica o el monto del pago es diferente que la negociación del pago del plan primario y si el contrato del proveedor de atención médica o el médico lo permite, la tarifa negociada o pago debe ser un gasto permitido utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
- (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario debido a que el Miembro no cumplió con las disposiciones del plan primario no es un gasto permitido. Los ejemplos de estos tipos de disposiciones incluyen segundas opiniones para cirugías, las autorizaciones previas para las admisiones y negociaciones con proveedores de atención médica y médicos preferidos.

(d) "monto permitido" es el monto de un cargo facturado que un plan de salud determina que será cubierto por los servicios brindados por un proveedor de atención médica o un médico. El monto permitido incluye



los pagos de planes de salud y cualquier monto por deducible o copago aplicable por el cual el miembro es responsable.

(e) Un "plan de panel cerrado" es un plan de salud que proporciona beneficios de atención médica a personas cubiertas principalmente en forma de servicios por medio de un panel de proveedores de atención médica o médicos que tienen contrato o que están empleados por el plan de salud, y que excluye la cobertura por los servicios que prestan otros proveedores de atención médica o médicos, salvo en casos de emergencia o una orden médica de un miembro del panel.

(f) Un "custodia paterna" es el padre con el derecho de designar una residencia primaria a su hijo, por orden de una corte, bajo el Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, en ausencia de una orden de la corte, es el padre con quien vive el niño más de la mitad del año calendario, incluyendo las visitas temporales.

Reglas para determinar el orden de los beneficios

Cuando un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud, 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 de salud.
- (b) Salvo por lo que se contempla en el inciso (c), un plan de salud que no contiene una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con este Contrato siempre es el primario, a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que cumple es el primario.
- (c) 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 de salud 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.
- (d) Un plan de salud puede considerar los beneficios que pagó o proporcionó otro plan de salud al calcular el pago de sus beneficios solamente cuando es secundario a ese otro plan de salud.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario deberá pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan primario cuando la persona cubierta use un proveedor de atención médica o un médico no contratado, excepto por los servicios de emergencia o remisiones autorizadas que el plan primario paga o provee.
- (f) Cuando los contratos múltiples que brindan cobertura coordinada se tratan como un único plan



en esta sección, esta sección se aplica solo al plan de salud en su totalidad, y la coordinación entre los contratos de componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una compañía de seguros paga o proporciona beneficios bajo el plan de salud, la compañía de seguros designada como primaria dentro del plan de salud debe responsabilizarse por el cumplimiento del plan de salud de este subcapítulo.

- (g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de determinación del orden de beneficios en esta sección decidirán el orden en el cual se determinarán los beneficios de los planes secundarios entre sí. Cada plan secundario tendrá en cuenta los beneficios del plan primario o los planes y los beneficios de cualquier otro plan que, de conformidad con las reglas en esta sección, haya determinado sus beneficios antes que los de ese plan secundario.
- (h) Cada plan de salud determina el orden de sus beneficios usando la primera de las siguientes reglas que se aplican:
 - 1. Dependientes o no dependientes. El plan que cubre a un Miembro de otra forma que no sea como dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular del contrato, Suscriptor o jubilado es el plan primario; y el plan de salud que cubre al miembro como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el Miembro es beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan de salud que cubre al Miembro como dependiente; y primario al plan que cubre al Miembro de otra forma que no sea como dependiente; entonces el orden de los beneficios entre los dos planes de salud se revierte de manera que el plan de salud que cubre al miembro como empleado, miembro, titular de la póliza, Suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro es el plan primario. Un ejemplo incluye a un empleado jubilado.
 - 2. Hijos dependientes cubiertos conforme a más de un plan de salud. A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes de salud que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que se aplican:
 - A. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que se hayan casado o no alguna vez: (A) el plan del padre cuyo cumpleaños ocurra primero en el año calendario es el plan primario; o (B) si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan de salud que cubrió al padre durante más tiempo es 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:
 - i. si una orden 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 salud de ese padre tiene conocimiento de esos términos, ese plan de salud



- es el primario para los años del plan empezando después de que el plan de salud reciba el aviso del decreto de la corte;
- ii. si una orden 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 punto (h)(2)(A) determinarán el orden de los beneficios;
 - iii. si una orden 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 punto (h)(2)(A) determinan el orden de los beneficios;
 - iv. si no hay una orden 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: (I) el plan del padre que tiene la custodia del hijo, (II) el Plan del cónyuge del padre que tiene la custodia del hijo, (III) el Plan del padre que no tiene la custodia del hijo, (IV) el plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia del hijo.
- C. Para un hijo dependiente cubierto bajo más de un plan de salud de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determina de acuerdo con las disposiciones (h)(2)(A) o (h)(2)(B) de arriba, como si esas personas fueran los padres del niño.
- D. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo uno o ambos planes de salud de sus padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan de salud del cónyuge, se aplican las disposiciones de (h)(5).
- E. 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 salud de los padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) al padre(s) del niño dependiente y al cónyuge del dependiente.
3. Empleado activo o jubilado, o empleado despedido sin causa. El plan de salud principal será el que cubra a una persona como empleado activo, eso quiere decir, un empleado que no ha sido despedido sin causa ni está jubilado. El plan de salud secundario será el que cubra a esa misma persona como un empleado jubilado o despedido sin causa. 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 plan de salud que cubre a la misma persona como empleado despedido o jubilado o como dependiente de un empleado despedido o jubilado no tiene esta regla, y, por consiguiente, los planes de salud no coinciden con respecto al orden de beneficios, se ignora esta regla. Esta regla no se aplica si la disposición de (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.



4. Continuación de la cobertura estatal o de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés). Si una persona cuya cobertura se proporciona según COBRA o bajo un derecho de continuación contemplado por la ley estatal o federal, está cubierta bajo otro plan de salud, el plan de salud principal 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, suscriptor 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 de salud 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 disposición de (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
5. Duración más larga o más corta de la cobertura. El plan de salud que cubrió a la persona como empleado, miembro, titular de la póliza, asegurado o jubilado por más tiempo es el plan primario; y el plan de salud que ha cubierto a la persona por menos tiempo es el plan secundario.
6. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos se deberán compartir equitativamente entre los planes de salud que cumplan con la definición de plan de salud. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

Efecto sobre los beneficios de este Plan

(a) Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios de manera que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes de salud 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 de salud 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 de salud por el reclamo equivalen al 100% del gasto permitido total por ese reclamo. Además, el plan secundario debe acreditar al deducible de su plan cualquier monto que habría acreditado a su deducible ante la ausencia de otra cobertura de atención médica.

(b) 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.



Cumplimiento con las leyes federales y estatales relacionadas con la información confidencial

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 de salud.

HMS, el contratista de COB del Plan, cumplirá con la ley federal y estatal sobre información confidencial con el propósito de aplicar las reglas en esta sección y determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes de salud que cubren a la persona que reclama los beneficios.

Cada Miembro que reclame beneficios bajo este Plan debe darle a HMS todos los datos que necesita para aplicar estas reglas y determinar los beneficios.

Facilidad de pago

Un pago efectuado bajo otro plan de salud puede incluir una cantidad que debería haberse pagado bajo este Plan.

Si lo hace, HMS puede pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad entonces será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. HMS no tendrá que pagar esa cantidad 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 HMS 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.

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 Texas.

¿Primario o secundario?

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 de Texas 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 reclamo. 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.

**¿Tiene alguna pregunta sobre la COB?
Comuníquese con el Departamento de
Seguros de Texas al 1-800-252-3439
En Austin, llame al 512-463-6515**



DISPOSICIONES GENERALES

Cancelación de la cobertura

El Grupo es responsable de los pagos de la Prima desde el momento en que Usted deja de ser elegible para la cobertura hasta el final del Mes del Contrato en el que el Grupo notifica a la HMO que ya no está cubierto por el Grupo y que no es elegible para la cobertura. El Grupo debe brindarle cobertura hasta el final del Mes del contrato en el que la HMO recibe el aviso de terminación.

Sujeto al párrafo anterior, la cobertura de cualquier Miembro que deje de ser elegible según lo determinado en **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS; Elegibilidad** terminará el último día del Mes del contrato en el que el Grupo notifique a la HMO que el Miembro ya no es elegible para la cobertura y la elegibilidad cesa a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario. Este párrafo también se aplica a un Dependiente del Suscriptor que haya perdido la elegibilidad, por cualquier motivo, incluido el fallecimiento del Suscriptor.

Si esta EOC se cancela por falta de pago de la Prima, Su cobertura finalizará a partir del último día del Período de Gracia. Solo los Miembros por quienes la HMO realmente reciba el pago estipulado tendrán derecho a los servicios de salud cubiertos en virtud del presente y solo durante el Mes de contrato por el cual se reciba dicho pago. Si algún pago requerido no se recibe antes de la fecha de vencimiento de la Prima, se le dará de baja al final del Período de gracia. Usted será responsable del costo de los servicios que se le presten durante el Período de gracia en caso de que el Grupo no realice los pagos de la Prima.

Su cobertura finaliza después de terminar el Acuerdo de grupo. El hecho de que el Grupo no le notifique la terminación de Su cobertura debido a la terminación del Acuerdo de Grupo no considerará la continuación de su cobertura más allá de la fecha en que termina la cobertura.

Si se cancela su cobertura, los pagos de Prima recibidos en su cuenta correspondientes a períodos posteriores a la fecha de vigencia de la terminación se reembolsarán al Grupo dentro de los treinta (30) días, y ni la HMO ni los Proveedores participantes tendrán ninguna responsabilidad adicional según esta EOC. Cualquier reclamo de reembolso por parte del Grupo debe realizarse dentro de los sesenta (60) días a partir del día efectivo de la terminación de su cobertura o, de lo contrario, dichos reclamos se considerarán renunciados.

Excepto lo expresamente dispuesto a continuación y en otras partes de esta EOC y sujeto a las disposiciones de la **Cobertura de Continuación COBRA**, la **Cobertura de continuación Estatal o la Transferencia de residencia**, HMO puede cancelar la cobertura para el Grupo mediante notificación por escrito con sesenta (60) días de antelación.

Terminación del Grupo. La HMO puede terminar esta EOC para el Grupo en caso de:



Causa	Fecha de entrada en vigencia de la terminación
(1) Impago de las Primas	Al final del Período de gracia
(2) Fraude o tergiversación intencional de un hecho material por parte del Grupo	Después de treinta (30) días del aviso escrito
(3) Incumplimiento por parte del Grupo de una provisión material de HMO relacionada con cualquier contribución del empleador o reglas de participación del Grupo	Según la ley estatal aplicable
(4) Ningún miembro reside ni trabaja en el Área de servicio	Después de treinta (30) días del aviso escrito
(5) Terminación de la membresía de un Grupo en una asociación, pero solo si la cobertura finaliza de manera uniforme sin tener en cuenta un factor relacionado con el estado de salud de un individuo cubierto.	Después de treinta (30) días del aviso escrito

Renovación de la cobertura del Grupo. La HMO renovará esta EOC con el Grupo, a menos que el Grupo sea cancelado según **Cancelación de la cobertura; Terminación del Grupo.**

No renovación de toda la cobertura grupal

- Es posible que la HMO no renueve esta EOC si decide no renovar todos los contratos de la HMO emitidos a otros empleadores grandes o pequeños, según corresponda, en el Área de servicio. La HMO debe notificar al Grupo sobre dicha no renovación al menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha en que finaliza la cobertura para el Grupo.
- La HMO puede optar por discontinuar un tipo particular de cobertura para todos los empleadores grandes o pequeños solo si se notifica a cada empleador grande o pequeño, según corresponda, al menos noventa (90) días antes de la fecha en que termina la cobertura para el Grupo. La HMO debe ofrecer a cada empleador la opción de comprar otra cobertura ofrecida al momento de la discontinuación.

Cancelación de Miembro. La HMO puede cancelar esta EOC para un Miembro en caso de:



Causa	Fecha de entrada en vigencia de la terminación:
(1) Fraude o tergiversación intencional de un hecho material, excepto como se describe en Indisputabilidad de esta EOC	Después de treinta (30) días del aviso escrito
(2) Fraude en el uso de los servicios o centros	Después de treinta (30) días del aviso escrito
(3) No cumplir con los requisitos de elegibilidad	Inmediatamente, sujeto a la Cobertura de Continuación COBRA, la Cobertura de continuación o la Transferencia estatal.

Renovación de la cobertura del Miembro. La HMO renovará su EOC, a menos que se cancele su cobertura bajo **Cancelación de la cobertura, cancelación del Miembro.**



Continuación de la cobertura o de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés)

COBRA es la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 modificada por la Ley de Reforma Fiscal de 1986. Esta Ley le permite a usted o a sus dependientes cubiertos optar por continuar con su cobertura grupal de la siguiente manera:

Los empleados y sus Dependientes cubiertos no serán elegibles para la continuación de la cobertura proporcionada por esta sección si el Grupo está exento de las disposiciones de COBRA; sin embargo, pueden ser elegibles para la continuación de la cobertura según lo dispuesto en la **Cobertura de Continuación Estatal** de esta EOC.

Tamaño mínimo del Grupo. Normalmente, el Grupo debe haber empleado a más de veinte (20) empleados en un día hábil típico durante el Año Calendario anterior. Esto se refiere al número de empleados contratados; no es el número de empleados cubiertos por un Plan de beneficios de salud, e incluye empleados de tiempo completo y de tiempo parcial.

Pérdida de la cobertura. En caso de pérdida de cobertura debido a terminación (que no sea por mala conducta grave) o reducción de horas de empleo, usted puede optar por continuar con la cobertura durante dieciocho (18) meses después de que de otro modo cesaría la elegibilidad para la cobertura según esta EOC.

Puede optar por continuar con la cobertura durante treinta y seis (36) meses después de que la elegibilidad para la cobertura bajo esta EOC cesaría si la cobertura termina como resultado de:

- divorcio;
- muerte del suscriptor;
- derecho del Suscriptor a los beneficios de Medicare; o
- cese de la condición de hijo dependiente cubierto según **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS; Elegibilidad** de esta EOC.

La continuación de la cobertura de COBRA según esta EOC termina en el primero de los siguientes eventos:

- el último día de la cobertura continua, ya sea en el período del decimoctavo (18) mes o del trigésimo sexto (36) mes;
- el primer día en el que no se realiza el pago puntual de la Prima sujeto a la sección Prima del Acuerdo de Grupo;
- el primer día en que el Acuerdo de grupo entre el Grupo y la HMO no esté en pleno vigor y efecto;
- el primer día en el que Usted esté realmente cubierto por cualquier otro Plan de beneficios de salud grupal. En caso de que usted tenga una afección preexistente y se le niegue la cobertura bajo el nuevo Plan de beneficios de salud por una afección preexistente, la continuación de la cobertura no se terminará hasta el último día del período de continuación, o la fecha en que la condición preexistente pase a estar cubierta por el nuevo Plan de beneficios de salud, lo que ocurra primero; o



- la fecha en que tiene derecho a Medicare.

Extensión de los Períodos de cobertura. El período de cobertura de dieciocho (18) meses puede extenderse si ocurre un evento que de otro modo lo calificaría para el período de cobertura de treinta y seis (36) meses durante el período de dieciocho (18) meses, pero en ningún caso la cobertura podrá durar más de treinta y seis (36) meses a partir del evento que lo calificó inicialmente para la continuación de la cobertura.

En caso de que se determine que usted está discapacitado, según el significado de la Ley de Seguridad Social, y notifica al Grupo antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, la continuación de la cobertura puede extenderse hasta once (11) meses adicionales. meses para un total de veintinueve (29) meses. Esta disposición se limita a los Miembros que están discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de continuación de la cobertura según la **Cobertura de continuación COBRA** de esta EOC y solo cuando el evento calificador es la reducción de horas del Miembro o su terminación. Es posible que se le cobre una tarifa más alta durante el período extendido.

Responsabilidad de brindar a los Miembros un Aviso de Derechos de continuación. El Grupo es responsable de proporcionar la notificación necesaria a los Miembros, dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha del evento calificador de COBRA, según lo exige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y la Ley de Reforma Fiscal de 1986.

Responsabilidad del pago de las Primas a la HMO La cobertura durante el período de sesenta (60) días descrito anteriormente para la inscripción inicial se ampliará únicamente cuando el Suscriptor o Usted pague los cargos Premium aplicables adeudados dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la presentación de la solicitud al Grupo y el Grupo, a su vez, remita la misma a la HMO.

Las primas adeudadas a HMO por la continuación de la cobertura conforme a esta sección se pagarán de acuerdo con los procedimientos de la sección de Primas del Acuerdo de Grupo y se calcularán de acuerdo con las leyes y regulaciones federales aplicables.

Para obtener información adicional sobre su cobertura COBRA, consulte los Derechos de continuación de cobertura que se describen con mayor detalle en el Aviso COBRA exigido por el gobierno federal que sigue a esta EOC.

Continuación de la cobertura estatal

Privilegio de continuación para ciertos Dependientes. Un Dependiente cubierto que haya sido Miembro de la HMO durante al menos un año o que sea un bebé menor de un año de edad puede ser elegible para continuar con la cobertura bajo esta EOC si la cobertura terminaría de otro modo debido a:

- la muerte de Suscriptor;
- la jubilación del Suscriptor; o
- divorcio.

Debe notificar por escrito al Grupo dentro de los quince (15) días posteriores a la ocurrencia de cualquiera de los casos anteriores para activar esta opción de continuación de cobertura. Al recibir este aviso por escrito, el Grupo le enviará los formularios que deben usarse para inscribirse para esta continuación de cobertura. Si no envía este formulario de inscripción completo al Grupo dentro de los sesenta (60) días



posteriores a que ocurra cualquiera de los casos anteriores, perderá el derecho a la continuación de la cobertura en virtud de esta sección. La cobertura permanece vigente durante este período de sesenta (60) días, siempre y cuando se paguen las Primas y los cargos administrativos aplicables.

La Continuación de la cobertura conforme a esta sección terminará cuando ocurra lo primero:

- el final del período de tres (3) años después de la fecha de muerte o jubilación del Suscriptor;
- el final del período de tres (3) años después de la fecha del divorcio o separación legal;
- la fecha en que Usted sea elegible para una cobertura similar bajo cualquier cobertura sustancialmente similar bajo otro contrato de seguro médico, hospital o contrato de Suscriptor de servicio médico, práctica médica u otro Plan de beneficios de salud de pago anticipado, o por cualquier otro programa; o
- al final del período por el cual ha pagado las Primas aplicables.

Privilegio de continuación de la cobertura grupal. En caso de que Su cobertura haya sido cancelada por cualquier motivo, excepto (i) terminación involuntaria con causa justificada, o (ii) discontinuación del Acuerdo grupal, ya sea en su totalidad o con respecto a una clase asegurada, tendrá derecho a la continuación de la cobertura grupal. cobertura si Usted ha estado asegurado continuamente bajo la EOC o bajo cualquier contrato grupal que proporcione beneficios similares que reemplace durante al menos tres (3) meses consecutivos inmediatamente antes de la terminación.

Debe solicitar la continuación de la cobertura del Grupo, por escrito, al Grupo o a la HMO dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha posterior de la fecha en que la cobertura del Grupo terminaría o la fecha en que el Grupo le notifique a usted. Su primera Prima mensual requerida para establecer la continuación de la cobertura debe entregarse al Grupo dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la elección inicial de la continuación de la cobertura. Todos los pagos posteriores deben realizarse a más tardar treinta (30) días después de la fecha de vencimiento del pago.

La continuación de la cobertura conforme a esta sección terminará cuando ocurra lo primero:

- la fecha en la que Usted agote el plazo máximo de continuación que es:
 - a. si no es elegible para la continuación de la cobertura COBRA, nueve meses después de la fecha de la continuación de la cobertura estatal;
 - b. si está cubierto por la continuación de la cobertura COBRA, seis meses adicionales después de cualquier período de continuación de la cobertura COBRA;
- la fecha en la que el incumplimiento de los pagos puntuales pondría fin a la cobertura;
- la fecha en la que termina la cobertura del Grupo en su totalidad; o
- la fecha en la que Usted está cubierto para beneficios similares por otro contrato de seguro hospitalario, quirúrgico, médico o de gastos médicos mayores o contrato de suscriptor de servicios médicos o hospitalarios o práctica médica u otro plan de beneficios de salud de prepago o cualquier otro programa.

Cambio de residencia

Dentro del Área de servicio de la HMO: Si el Suscriptor cambia de residencia principal, debe notificar a la HMO en los treinta (30) días siguientes a dicho cambio.



Fuera del Área de servicio de la HMO: Si el Suscriptor no reside ni trabaja en el Área de servicio, dicho cambio resultará en la pérdida de la elegibilidad y el Suscriptor debe notificar a la HMO en los treinta (30) días siguientes a dicho cambio.

Reembolso - Actos de terceros

La HMO le brindará servicios debido a actos u omisiones de otra persona. Sin embargo, si tiene derecho a una recuperación de un tercero con respecto a esos servicios, deberá aceptar por escrito, sujeto a las disposiciones de la Sección 140.005 del Código de Prácticas y Remedios Civiles:

1. Reembolsar a la HMO la cantidad permitida que se le habría cobrado a usted por los servicios de atención médica si no estuviera cubierto por esta EOC. Dicho reembolso debe realizarse inmediatamente después de que Usted cobre los daños y perjuicios por gastos hospitalarios o médicos, ya sea por acción legal, acuerdo o de otro modo.
2. Asignar a la HMO un derecho de recuperación de un tercero por los gastos médicos y hospitalarios pagados por la HMO en su nombre y brindarle a la HMO cualquier ayuda razonable necesaria para que la HMO busque una recuperación. Además, la HMO tendrá derecho a recuperar los honorarios de los abogados y los costos judiciales relacionados con sus esfuerzos de subrogación solo si la HMO ayuda a cobrar los daños de un tercero.

Asignación

Esta EOC no es asignable al Grupo sin el consentimiento escrito de la HMO. La cobertura y cualquier beneficio bajo esta EOC no son asignables para cualquier Miembro sin el consentimiento escrito de la HMO.

Cancelación

Salvo que se disponga lo contrario en el presente, la HMO no tendrá derecho a cancelar o rescindir cualquier EOC emitida a cualquier Suscriptor mientras el Acuerdo de grupo permanezca en vigor y efecto, y mientras dicho Suscriptor permanezca en la clase elegible de empleados del Grupo y se paguen las Primas. de acuerdo con los términos de esta EOC.

Error administrativo

Un error administrativo del Grupo o de la HMO al mantener cualquier registro relacionado con la cobertura a continuación no invalidará la cobertura que de otra manera estaría válidamente vigente ni continuará la cobertura terminada de otra manera válidamente.

EOC completa

Esta EOC, cualquier anexo, enmienda, el Acuerdo de grupo y las solicitudes individuales, si las hubiera, de los Suscriptores constituyen el contrato completo entre las partes y, a partir de la fecha de vigencia del presente, reemplazan todos los demás contratos entre las partes.



Fuerza mayor

En el caso de que, debido a circunstancias que no estén dentro del control comercialmente razonable de la HMO, la prestación de Servicios profesionales u hospitalarios proporcionados conforme a esta EOC se retrase o resulte impracticable, la HMO hará un esfuerzo de buena fe para disponer un método alternativo para proporcionar cobertura. Estas circunstancias pueden incluir, entre otras, un desastre importante, una epidemia, la destrucción total o parcial de las instalaciones, disturbios, insurrección civil, discapacidad de una parte importante del personal de los Proveedores participantes o causas similares. En tal caso, los Proveedores participantes deberán prestar los Servicios hospitalarios y profesionales previstos en la EOC en la medida en que sea práctico y de acuerdo con su mejor criterio; pero la HMO y los Proveedores participantes no incurrirán en ninguna responsabilidad u obligación por demora, o por no proporcionar o coordinar servicios si dicha falla o demora es causada por tal evento.

Forma o contenido de la EOC

Ningún agente o empleado de la HMO tiene autorización para cambiar la forma o el contenido de esta EO, excepto para hacer inserciones necesarias y adecuadas en los espacios en blanco. Los cambios pueden hacerse por medio únicamente mediante respaldo autorizado y firmado por un funcionario de la HMO. Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario autorizado de la HMO, tiene la autoridad de hacer una exención de las condiciones o las restricciones de esta EOC, para extender el tiempo para hacer los pagos o para vincular a la HMO, haciendo cualquier promesa o declaración, o dando o recibiendo cualquier información.

Género

Se considerará que el uso de cualquier género en este documento incluye el otro género y, cuando sea apropiado, se considerará que el uso del singular en este documento incluye el plural (y viceversa).

Indisputabilidad

Todas las declaraciones hechas por Usted se considerarán representaciones y no garantías. No se puede utilizar una declaración para anular, cancelar o no renovar su cobertura o reducir beneficios a menos que esté en una solicitud de inscripción escrita firmada por el Suscriptor y se haya proporcionado una copia firmada de la solicitud de inscripción al Suscriptor o a su representante personal. La cobertura solo puede impugnarse debido a fraude o tergiversación intencional de un hecho material en la solicitud de inscripción que no sea una tergiversación relacionada con el estado de salud.

Interpretación de la EOC

Las leyes del estado de Texas deberán ser aplicadas a las interpretaciones de esta EOC. Cuando corresponda, la interpretación de esta EOC deberá orientarse por naturaleza de servicio directo de las operaciones de la HMO en contraposición a un programa de seguro médico. Si la EOC contiene alguna disposición que no esté en conformidad con la Ley de la Organización para el Mantenimiento de la Salud de Texas u otras leyes aplicables, la EOC no quedará invalidada, pero se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente con la Ley de la Organización para el Mantenimiento de la Salud de Texas y otras leyes aplicables.



Limitación de la responsabilidad

La responsabilidad por cualquier error u omisión por parte de la HMO (o sus funcionarios, directores, empleados, agentes o contratistas independientes) en la administración de esta EOC, o en el desempeño de cualquier deber de responsabilidad contemplado en esta EOC, se limitará al máximo. beneficios, que deberían haberse pagado según la EOC si los errores u omisiones no hubieran ocurrido, a menos que dichos errores u omisiones se consideren como resultado de una mala conducta intencional o negligencia grave de la HMO.

Modificaciones

Esta EOC estará sujeta a enmiendas, modificaciones y terminaciones de acuerdo con cualquier disposición del mismo o por acuerdo mutuo entre la HMO y el Grupo sin el consentimiento o la concurrencia de los Miembros. Al elegir la cobertura médica y hospitalaria bajo la HMO o aceptar los beneficios de la HMO, todos los Miembros legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros incapaces de contratar, aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.

Aviso

Cualquier notificación en virtud de esta EOC podrá enviarse por correo de los Estados Unidos, de primera clase, con franqueo prepago, a la siguiente dirección:

- Si es a HMO, a la dirección que figura en la portada de esta EOC.
- Si es para usted, en la última dirección conocida por HMO.
- O electrónicamente si es mediante un acuerdo entre HMO y el Miembro.

Relación Paciente/Proveedor

Los Proveedores participantes mantienen una relación Proveedor-paciente con los Miembros y son los únicos responsables ante usted de todos los servicios de salud. Si un Proveedor participante no puede establecer una relación Proveedor-paciente satisfactoria, el Proveedor participante puede enviar una solicitud por escrito a la HMO para terminar la relación Proveedor-paciente, y esta solicitud puede ser aplicable a otros Proveedores en el mismo consultorio grupal, si corresponde.

Relación de partes

La relación entre la HMO y los Proveedores participantes es la de una relación de contratista independiente. Los Proveedores participantes no son agentes ni empleados de la HMO; la HMO o cualquier empleado de la HMO no es empleado ni agente de Proveedores participantes. La HMO no será responsable de ningún reclamo o demanda a causa de daños que surjan de, o estén relacionados de alguna manera con, cualquier lesión sufrida por usted mientras recibe atención de cualquier Proveedor participante. La HMO no ofrece garantías ni declaraciones expresas o implícitas con respecto a las calificaciones, la participación continua o la calidad de los servicios de ningún Médico, Hospital u otro Proveedor participante.

Informes y registros

La HMO tiene derecho a recibir de cualquier Proveedor de servicios a los Miembros la información



razonablemente necesaria para administrar esta EOC sujeta a todos los requisitos de confidencialidad aplicables que se describen a continuación. Al aceptar la cobertura conforme a esta EOC, el Suscriptor, para sí mismo y para todos los Dependientes cubiertos en virtud del presente, autoriza a todos y cada uno de los Proveedores que le prestan servicios en virtud del presente a:

- divulgar todos los datos relacionados con su atención, tratamiento y afección física a la HMO, o a un profesional médico, dental o de salud mental que la HMO pueda contratar para ayudarlo a revisar un tratamiento o reclamo;
- presentar informes relacionados con su atención, tratamiento y afección física a la HMO, o a un profesional médico, dental o de salud mental que la HMO pueda contratar para ayudarlo a revisar un tratamiento o reclamo; y
- permitir la copia de sus registros por parte de la HMO.

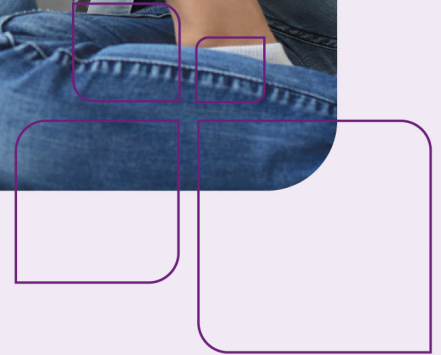
La información contenida en sus registros médicos y la información recibida de Médicos, cirujanos, Hospitales u otros Profesionales de atención médica relacionados con la relación médico-paciente o la relación Hospital-paciente se mantendrá confidencial de acuerdo con la ley aplicable.

Subtítulos

Los subtítulos incluidos en esta EOC se proporcionan con fines de identificación y conveniencia y no forman parte de la EOC completa como se describe en **EOC completa**.

Valor actuarial

El uso de un nombre metálico, como Platino, Oro, Plata o Bronce, u otras declaraciones con respecto al valor actuarial de un plan de beneficios de salud, no es un indicador del monto real de los gastos que una persona en particular será responsable de pagar, de su propio bolsillo. Los gastos de bolsillo de una persona variarán dependiendo de muchos factores, como los servicios de atención médica particulares, los proveedores de atención médica y el plan de beneficios particular elegido. Tenga en cuenta que los nombres metálicos reflejan sólo una aproximación del valor actuarial de un plan de beneficios en particular.



844.282.3026 | 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