

Evidencia de cobertura de 2026



**CHRISTUS HEALTH PLAN LOUISIANA
ON-EXCHANGE CUBRE A LOS MIEMBROS
EN LOS SIGUIENTES PARROQUIAS:**

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



NOTA: Después de la renovación de este contrato, su prima puede aumentar. Comuníquese con nosotros para obtener más información.



CHRISTUS Health Plan CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Cobertura médica individual y familiar del Mercado de Seguros Médicos de Louisiana

AVISO: USTED DEBE PAGAR TODOS LOS COSTOS SI USA LA ATENCIÓN MÉDICA NO AUTORIZADA POR ESTE PLAN O COMPRA MEDICAMENTOS QUE NO ESTÁN AUTORIZADOS POR ESTE PLAN.

Esta póliza entra en vigor a las 12:01 a. m. del día en que comienza la cobertura del miembro y termina a las 11:59 p. m. del último día del mes por el que se pagaron las primas y la fecha en que finaliza la cobertura del miembro.

CHRISTUS HEALTH PLAN
5101 N. O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039
Toll-Free Phone Number: 1-844-282-3025
www.christushealthplan.org

El Asegurado principal al que se le emite el contrato puede revisarlo y, si no queda satisfecho por cualquier motivo, puede devolverlo dentro de los 10 días posteriores a su recepción y recibir un reembolso de la prima pagada. Si se prestan servicios o se pagan reclamos durante el período de revisión de 10 días, usted es responsable de reembolsarnos dichos servicios o reclamos. Esta consideración, incluyendo primas, la tarifa de solicitud y cualquier otra cantidad que debe pagarse por la cobertura, se indicará en el acuerdo o en la solicitud.

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan

Nos alegra que haya elegido CHRISTUS Health Plan. Llevamos 150 años sirviéndole a usted, a su familia y a su comunidad. Nos complace servirle ahora mediante nuestro plan médico.

Cuando se une a CHRISTUS Health Plan, usted se une a un plan médico que es parte de un sistema de salud más grande. Nuestro sistema de salud se basa en la fe y no tiene fines de lucro. Como sistema de salud, podemos coordinar su atención. Ya sea que esté sano y quiera atención preventiva, necesite ver a un médico o tenga una necesidad médica más grave, estamos aquí para servirle. Creemos que usted, su familia y su comunidad son fundamentales para su bienestar. Lo animaremos a participar en sus decisiones de atención médica y le daremos las herramientas y el apoyo que necesita para manejar su salud y sus beneficios.

Este Contrato y Evidencia de cobertura (“Contrato”) lo ofrece CHRISTUS Health Plan Louisiana, que opera bajo el nombre de CHRISTUS Health Plan, una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con licencia de Louisiana. Este Contrato describe sus derechos y beneficios bajo este Contrato de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) individual y familiar y CHRISTUS Health Plan. El Contrato incluye el *Programa de beneficios* y es un contrato legal entre usted, el miembro (denominado miembro, usted o su) y CHRISTUS Health Plan (denominado CHRISTUS Health Plan, nosotros, nuestro y nos). El *Resumen de beneficios y Cobertura* y el *Programa de beneficios* son documentos separados que se incluyen en su paquete de bienvenida.

A lo largo de este Contrato, consulte su *Programa de beneficios*, que muestra algunos beneficios cubiertos específicos que da este Contrato, las cantidades específicas que debe pagar (costo compartido) y ciertas limitaciones y exclusiones de cobertura. El *Programa de beneficios* es parte de este Contrato y, en conjunto, el Contrato y el *Programa de beneficios* ofrecen una descripción completa de los beneficios cubiertos, las exclusiones y las condiciones del Plan.

LEA ESTE CONTRATO ATENTAMENTE y guárdelo, junto con el *Programa de beneficios*, en un lugar seguro y de fácil acceso. Tenga en cuenta también que sus médicos y proveedores no tienen una copia de este Contrato y no son responsables de conocer o comunicarle sus beneficios cubiertos.

Este Contrato da información importante sobre:

- Sus derechos y responsabilidades como miembro.
- Los beneficios cubiertos por el Plan y cómo acceder a ellos.
- Las limitaciones y exclusiones del Plan.
- Cómo buscar ayuda de CHRISTUS Health Plan.

Términos clave usados en este contrato

Como se trata de un documento legal, hay ciertos términos clave que tienen significados especiales. Estos términos se definen en la sección DEFINICIONES de este Contrato. Revise esta sección cuidadosamente.

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES

Servicios para Miembros	Dirección: CHRISTUS Health Plan Attn: Member Service Department 5101 N. O'Connor Blvd. Irving, TX 75039	Línea gratis 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Autorización previa	Dirección: CHRISTUS Health Plan Attn: Preauthorization Department 5101 N. O'Connor Blvd. Irving, TX 75039	Línea gratis 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Reclamos	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Attn: Claims Department P.O. Box 169012 Irving, TX 75016	Línea gratis 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Quejas, apelaciones y quejas formales	Dirección: CHRISTUS Health Plan Exchange Attn: Complaints, Appeals & Grievances Department P.O. Box 169009 Irving, TX 75016	Línea gratis 1-844-282-0380 TTY 7-1-1
Fraude, despilfarro y abuso	Email: CHRISTUSHealthSIU@CHRISTUSHealth.org	Línea gratis 1-855-771-8072 TYY 7-1-1
Sitio web: www.CHRISTUSHealthPlan.org		
Servicios de acceso lingüístico Línea gratis 1-800-752-6096		

AVISO IMPORTANTE	AVISO IMPORTANTE
<p>Para obtener información o para presentar una queja:</p> <p>Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de CHRISTUS Health Plan para obtener información o para presentar una queja al:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>Usted también puede escribir a CHRISTUS Health Plan:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>	<p>Para obtener información o para presentar una queja:</p> <p>Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de CHRISTUS Health Plan para obtener información o para presentar una queja al:</p> <p style="text-align: center;">1-844-282-0380</p> <p>Usted también puede escribir a CHRISTUS Health Plan:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 169009 Irving, Texas 75016</p>
<p>Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana para obtener información sobre compañías, derechos, o quejas al:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Louisiana al:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Sitio web: www.lds.la.gov</p>	<p>Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana para obtener información sobre compañías, derechos, o quejas al:</p> <p style="text-align: center;">1-800-259-5300</p> <p>Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Louisiana al:</p> <p style="text-align: center;">P.O. Box 94214 Baton Rouge, LA 70804-9214</p> <p>Sitio web: www.lds.la.gov</p>
<p>DISPUTAS POR PRIMAS O RECLAMOS: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con un reclamo, usted debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no se revuelve, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana.</p>	<p>DISPUTAS POR PRIMAS O RECLAMOS: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con un reclamo, usted debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no se revuelve, usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Louisiana.</p>

Índice

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan.....	2
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES.....	3
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO	6
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	10
CÓMO FUNCIONA SU PLAN	17
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS	21
CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA	24
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA.....	29
BENEFICIOS CUBIERTOS	33
EXCLUSIONES	71
RECLAMOS.....	76
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS	79
FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB).....	85
PROCESO DE APELACIONES Y QUEJAS	88
PAGO DE LA PRIMA	95
DISPOSICIONES GENERALES.....	97
DEFINICIONES	102

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

CHRISTUS Health Plan quiere darle beneficios de atención médica de alta calidad. Como miembro de CHRISTUS Health Plan (el “Plan”), usted tiene derechos. También tiene algunas responsabilidades. Es importante que entienda todos sus derechos y sus responsabilidades según este Contrato. Esta sección explica sus derechos y responsabilidades según este Contrato y cómo puede participar en nuestro Consejo Asesor de Clientes.

AVISO A LOS MIEMBROS SOBRE LOS REQUISITOS DE LA RED

Un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) no da beneficios por los servicios que recibe de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describe en su Evidencia de cobertura y más adelante.

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

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

Si su HMO aprueba una remisión para servicios fuera de la red porque no hay ningún médico o proveedor dentro de la red disponible, o si usted recibió atención de emergencia fuera de la red, la HMO debe, en la mayoría de los casos, hacerse cargo de la factura del médico o proveedor fuera de la red para que usted solo tenga que pagar las cantidades de copago, coseguro y deducible aplicables dentro de la red.

Puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web: www.christushealthplan.org/find-a-provider o llamando al 1-844-282-3025 para obtener ayuda para encontrar médicos y proveedores dentro de la red disponibles. Si usted se basó en información del directorio que era materialmente inexacta, puede tener derecho a que se pague un reclamo de un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de un médico o proveedor de la red, si presenta a la HMO una copia de la información del directorio incorrecta, con fecha no anterior a 30 días antes de recibir el servicio. Consulte la sección sobre el proceso de apelaciones y quejas en este documento para obtener más información.

Derechos del miembro

Como miembro del Plan, usted tiene derecho a:

- Servicios disponibles y accesibles para servicios médicamente necesarios y cubiertos, incluyendo las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana para servicios de atención de urgencia o de emergencia, y para otros servicios de atención médica según se definen en este Contrato o en el *Programa de beneficios*.
- Que lo traten de manera oportuna, cortés y responsable que respete su dignidad y privacidad.
- Información detallada sobre su cobertura, los beneficios y servicios ofrecidos según este Contrato. Esto incluye cualquier exclusión de condiciones específicas; dolencias o trastornos, incluyendo los beneficios de receta restringidos; las políticas y procedimientos

del Plan sobre productos, servicios, procedimientos de apelación de Proveedores y otra información sobre el Plan y los beneficios que ofrecemos. Esto también incluye acceso a una lista actualizada de proveedores participantes en la red del Plan; información sobre la educación, capacitación y práctica de un proveedor participante en particular; y los derechos y responsabilidades de los miembros, y el derecho a hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.

- Atención médica asequible, incluyendo información sobre sus gastos de bolsillo; limitaciones; el derecho de buscar atención de un proveedor no participante; y una explicación de su responsabilidad económica cuando los servicios son prestados por un proveedor no participante o sin autorización previa.
- Elegir un proveedor de atención primaria dentro de los límites de los servicios cubiertos, la red del Plan y según lo dispuesto en el Contrato, incluyendo el derecho a rechazar la atención de profesionales de atención médica específicos. Además, usted tiene derecho a participar con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Recibir una explicación de su condición médica, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables de su proveedor participante en términos que usted entienda. Si no puede entender la información, se debe dar una explicación a su familiar más cercano, tutor u otra persona autorizada. Esta información se documentará en sus expedientes médicos.
- Todos los derechos dados por ley, norma o reglamentación como paciente en un centro de atención médica autorizado, incluyendo el derecho a que el proveedor participante le dé información sobre su tratamiento en términos que usted entienda; solicitar su consentimiento (acuerdo) para el tratamiento; rechazar el tratamiento, incluyendo los medicamentos; y a que se le informe de las posibles consecuencias de rechazar dicho tratamiento. Este derecho existe incluso si el tratamiento no es un beneficio cubierto o médicamente necesario según el Plan. El derecho a dar su consentimiento o aceptar un tratamiento, ya sea por usted, su familiar más cercano, tutor u otra persona autorizada, puede no ser posible en una emergencia en la que su vida y su salud estén en grave peligro.
- Expresar quejas o apelaciones con el Plan o el Comisionado de Seguros (Comisionado) sobre el Plan o la cobertura que ofrecemos. Usted, como miembro, también tiene derecho a recibir una respuesta dentro de un tiempo razonable y según la ley existente, sin temor a represalias.
- Que le informen de inmediato sobre la terminación o los cambios en los beneficios, servicios o la red de proveedores.
- Un manejo confidencial de todas las comunicaciones, incluyendo la información médica y económica que mantiene el Plan. La privacidad de sus expedientes médicos y económicos será mantenida por nosotros y nuestros proveedores según la ley existente.
- Una explicación completa de por qué se niega un beneficio, la oportunidad de apelar una decisión mediante nuestra revisión interna y el derecho a solicitar ayuda del Comisionado.
- Conocer, previa solicitud, cualquier acuerdo o disposición económica entre el Plan y nuestros proveedores participantes, que pueda restringir las remisiones u opciones de tratamiento o limitar los servicios que se ofrecen.
- Profesionales de atención médica calificados para tratamientos y servicios que son beneficios cubiertos cerca de donde vive o trabaja dentro del área de servicio del Plan.

- Recibir información sobre cómo se autorizan o deniegan los beneficios. Usted tiene derecho a saber cómo se evalúa la nueva tecnología para los beneficios cubiertos. También puede solicitar y recibir información sobre el plan de garantía de calidad del Plan y la metodología de revisión del uso.
- Recibir información detallada sobre todos los requisitos que debe seguir para la autorización previa y la revisión del uso.

Responsabilidades del miembro

Como miembro del Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Dar información honesta y completa a quienes le dan atención.
- Revisar y entender completamente la información que recibe sobre su Plan.
- Conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos por el Plan.
- Presentar su tarjeta de identificación del Plan antes de recibir atención.
- Consultar con su médico antes de recibir atención médica, a menos que su condición ponga en peligro su vida.
- Informar de inmediato a su proveedor si se retrasará o no podrá asistir a una cita.
- Pagar todos los cargos o cantidades de copago, incluyendo los correspondientes a citas perdidas. Esto también se aplica a los deducibles y cualquier cargo por beneficios y servicios no cubiertos.
- Expresar sus opiniones, quejas o preocupaciones de manera constructiva a Servicios para Miembros de CHRISTUS Health Plan o a su proveedor.
- Informar al Plan de cualquier cambio en el tamaño de su familia, la dirección, el número de teléfono o el estado de la membresía dentro de los treinta (30) días calendario posteriores al cambio.
- Hacer los pagos de primas a tiempo.
- Informar al Plan de otra cobertura.
- Seguir nuestro proceso de quejas y apelaciones cuando no esté satisfecho con el Plan o con las acciones o decisiones de un Proveedor.
- Entender sus problemas médicos y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento acordados con sus proveedores.
- Seguir los planes y las instrucciones de atención que haya acordado con su proveedor.

Usted es responsable de entender cómo funciona el Plan. Debe leer detenidamente este Contrato y su *Programa de beneficios*. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros cuando tenga preguntas sobre su Plan.

Información del mercado de seguros

Podemos ayudarlo con preguntas sobre el Mercado de Seguros. Además, puede obtener información sobre el Mercado de Seguros llamando al número gratis 1-800-318-2596 o visitando www.healthcare.gov/marketplace/index.html. El Mercado de Seguros puede darle información sobre cómo puede aprovechar al máximo sus beneficios. También pueden decirle cómo comunicarse con un navegador. Los navegadores están capacitados para informarle sobre el Mercado de Seguros y cómo obtener los beneficios disponibles para usted.

Comunicación electrónica

Con su consentimiento, podemos enviarle una comunicación por escrito por medios electrónicos. Antes de dar su consentimiento, le informaremos de que puede recibir materiales o comunicaciones en formato impreso o no electrónico y cómo solicitar esa información. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento nos indicará si quiere que una transacción específica se envíe electrónicamente o si hay ciertas categorías de información que le gustaría recibir electrónicamente.

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

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

El Mercado Federal de Seguros Médicos (Mercado) toma decisiones de elegibilidad basándose en la solicitud que usted envía. Usted es responsable de informarle al Mercado de cualquier cambio que pueda modificar su elegibilidad. Ejemplos de cambios incluyen la adopción, el nacimiento, la incorporación de otro dependiente o el divorcio. Para ser elegible para los beneficios cubiertos con este Contrato, debe estar inscrito como miembro. Un miembro es la persona que solicitó cobertura en su nombre y en el de sus dependientes, y a quien se le emitió este Contrato.

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

- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Estar legalmente presente en los Estados Unidos, si no es ciudadano de los Estados Unidos.
- Ser una persona calificada elegible para la cobertura mediante el Mercado.
- No estar en la cárcel, excepto si está detenido mientras espera la resolución de los cargos.
- No ser elegible para Medicare por edad, enfermedad o discapacidad, excepto en el caso de personas con enfermedad renal en etapa terminal, o ser mayor de 65 años y elegible para la Parte A sin prima, pero no estar recibiendo beneficios del Seguro Social ni haberse inscrito en la Parte A o la Parte B.
- Debe residir en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan, o el asegurado principal debe residir en el área de servicio y cumplir estos criterios.

Para agregar un recién nacido y otros dependientes a su Plan, debe completar un formulario de inscripción para el dependiente y enviarlo al Mercado Federal. Debe informarnos dentro de los 31 días posteriores al nacimiento de un hijo que quiere agregar como dependiente y pagar cualquier prima requerida para continuar con la cobertura. No excluirémos ni limitaremos la cobertura para un hijo recién nacido del asegurado principal o del cónyuge del asegurado principal. Los defectos congénitos se tratarán de la misma manera que cualquier otra enfermedad o lesión para la que se dé cobertura. Su hijo recién nacido puede recibir servicios de proveedores no participantes si el recién nacido nace fuera del área de servicio por una emergencia o nace en un centro no participante de una madre que no tiene cobertura. Podemos requerir que el recién nacido sea trasladado a un centro participante a nuestro cargo y, si corresponde, a un proveedor participante cuando dicho traslado sea médicamente apropiado.

Sin perjuicio de los requisitos de elegibilidad de aviso del Mercado, un hijo recién nacido del asegurado principal o del cónyuge del asegurado principal tiene derecho a la cobertura durante los primeros 31 días posteriores al nacimiento. Puede informar a CHRISTUS Health Plan, ya sea verbalmente o por escrito, sobre la incorporación del recién nacido como dependiente cubierto. Además, los nietos que viven con el grupo familiar del asegurado principal también pueden calificar como dependientes.

Para calificar, los nietos deben:

- Ser menores de 26 años; y
- Estar en custodia legal y residir con el miembro.

Para ser elegible como dependiente, cada dependiente debe cumplir los siguientes criterios:

- Ser dependiente de una persona calificada elegible para la cobertura mediante el Mercado según la ley de Louisiana; y
- Estar inscrito dentro de los 31 días posteriores a un evento calificado como se describe en la sección Período especial de inscripción para dependientes.

Un dependiente es el cónyuge legal de un miembro, o pareja de hecho, y los hijos menores de 26 años. El término “hijos” incluye:

- un hijo natural.
- un hijastro, hijo legal o adoptivo, incluyendo los hijos que sean objeto de una demanda de adopción del miembro o del cónyuge o pareja de hecho del miembro.
- un nieto que está bajo la custodia legal y reside con el abuelo.
- un hijo de quien el miembro o el cónyuge o la pareja de hecho del miembro sean el tutor legal.
- un hijo soltero que es colocado en la casa de un asegurado después de la ejecución de un acto de entrega voluntaria a favor del asegurado o de su representante legal, para quien ha pasado la fecha a partir de que el acto de entrega voluntaria se vuelve irrevocable.

A menos que se apliquen circunstancias especiales, la cobertura de dichos dependientes se limita a los menores de veintiséis (26) años. Los dependientes mayores de 26 años pueden calificar para la cobertura continua de dependientes si el dependiente es incapaz de mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad intelectual o física, y depende principalmente del asegurado principal para su manutención y apoyo. Debe enviarnos prueba de la discapacidad intelectual o física y la dependencia del hijo dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el hijo deja de calificar como dependiente. Una vez al año, podemos requerir prueba de la continuación de la discapacidad y dependencia del hijo después del período de dos desde que el hijo alcanza la edad límite.

Cualquier hijo del que usted sea el tutor legal permanente debe recibir manutención según una orden judicial que se le haya impuesto (como una orden médica calificada de manutención infantil). Daremos cobertura a los hijos dependientes según sea necesario debido a una orden médica calificada de manutención infantil según las leyes o reglamentaciones federales o estatales aplicables. Estos dependientes no están sujetos a las restricciones de inscripción por temporada.

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

Los derechos de los padres con la custodia

Si un hijo dependiente tiene cobertura de un padre sin custodia, o de un padre que no tiene la custodia principal, daremos información al padre con la custodia, según sea necesario, para que el hijo pueda obtener beneficios, permitiremos que el padre con la custodia o el proveedor presenten reclamos por servicios cubiertos sin la aprobación del padre sin la custodia, y haremos los pagos de reclamos presentados según la ley de Louisiana directamente al padre con la custodia, al proveedor o a la agencia estatal de Medicaid.

Los derechos de los padres sin la custodia

Los padres sin la custodia de los hijos que están cubiertos por el contrato de un padre con la custodia tienen derechos, a menos que esos derechos hayan sido eliminados por una orden judicial o un decreto de divorcio. Los padres sin la custodia pueden comunicarse con nosotros para obtener y dar información necesaria, que incluye, entre otros, información del proveedor, información de reclamos, pago de reclamos e información sobre beneficios o servicios para el hijo.

Inscripción

La inscripción en línea para el Mercado de Seguros Médicos está disponible en www.healthcare.gov/marketplace/index.html.

Inscripción inicial

La cobertura bajo este Contrato entrará en vigor a partir de la fecha aprobada por CHRISTUS Health Plan.

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

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

- Una persona o dependiente calificado pierde la cobertura esencial mínima.
- Una persona calificada adquiere un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en crianza temporal o mediante una orden de manutención infantil u otra orden judicial.
- Una persona que antes no era ciudadano, nacional o persona legalmente presente obtiene dicho estatus.
- La inscripción o no inscripción de una persona calificada en un plan médico calificado es involuntaria, inadvertida o errónea y resulta de un error, declaración falsa o inacción de un funcionario, empleado o agente del Mercado o de HHS, o de sus dependencias, según lo evaluado y determinado por el Mercado. En dichos casos, el Mercado puede tomar las medidas que sean necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, declaración falsa o inacción.
- Un inscrito demuestra adecuadamente al Mercado que el plan médico calificado en el que está inscrito incumplió sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el inscrito.
- Se determina que una persona es elegible o no elegible para recibir pagos por adelantado del Crédito Fiscal Federal para la Prima (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC) o tiene un cambio en la elegibilidad para reducciones federales de costos compartidos, independientemente de si dicha persona ya está inscrita en un plan médico calificado.
- Una persona calificada o un inscrito obtiene acceso a nuevos planes médicos calificados como resultado de una mudanza permanente.
- Eventos calificados según se define en la sección 603 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, según enmendada.
- Un indígena, según se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Indígenas, puede inscribirse en un plan médico calificado o cambiar de un plan médico calificado a otro una (1) vez al mes.

- Inscripción en cualquier cobertura de seguro médico individual o de grupo que no sea de año calendario.
- Pérdida de cobertura relacionada con el embarazo o pérdida de acceso a los servicios médicos de la cobertura dada al hijo no nacido de una mujer embarazada.
- Pérdida de cobertura médicamente necesaria.
- Una persona calificada o inscrita demuestre al Mercado, según las directrices emitidas por HHS, que la persona cumple otras circunstancias excepcionales que el Mercado pueda establecer.
- Para los matrimonios, para que una persona sea elegible, al menos uno de los cónyuges debe demostrar que tiene una cobertura esencial mínima.
- Una persona calificada o inscrita es víctima de violencia doméstica o abandono conyugal, incluyendo un dependiente o víctima soltera del grupo familiar, que esté inscrita en una cobertura esencial mínima y busca inscribirse en una cobertura separada de la del perpetrador del abuso o abandono.
- Una persona calificada o un inscrito solicita cobertura en el Mercado durante el período anual de inscripción abierta o debido a un evento calificado, es evaluada por el Mercado como potencialmente elegible para Medicaid o para el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y posteriormente la agencia estatal de Medicaid o CHIP determina que no es elegible para Medicaid o CHIP, ya sea después de que haya finalizado la inscripción abierta o más de 60 días después del evento calificado.

Pérdida de la cobertura esencial mínima significa que, en el caso de un miembro que tiene cobertura que no es la continuación de la cobertura de COBRA, las condiciones se cumplen en el momento en que se cancela la cobertura como resultado de la pérdida de elegibilidad (independientemente de si la persona es elegible o elige la continuación de la cobertura de COBRA). La pérdida de elegibilidad no incluye la pérdida por falta de pago oportuno de las primas o la terminación de la cobertura por causa (como hacer un reclamo fraudulento o hacer una declaración intencionalmente falsa de un hecho material en relación con el Plan). La pérdida de elegibilidad para la cobertura incluye, pero no se limita a:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, cese de la condición de dependiente (como alcanzar la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente según el Plan), muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura después de un período que se mide en referencia a cualquiera de los anteriores.
- Para la cobertura ofrecida mediante una HMO u otro acuerdo, en el mercado individual que no da beneficios a las personas que ya no residen en un área de servicio, la pérdida de cobertura se produce cuando una persona deja de residir en el área de servicio (ya sea por elección de la persona o no).
- Una situación en la que una persona presenta en un reclamo que cumpliría o excedería un límite de por vida en todos los beneficios; y
- Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situaciones similares que incluyen a la persona.
- Para un empleado o dependiente que tiene una cobertura que no es la continuación de la cobertura de COBRA, las condiciones se cumplen en el momento en que terminan las contribuciones del empleador a la cobertura del empleado o dependiente.

Las contribuciones del empleador incluyen las contribuciones de cualquier empleador, actual o anterior, que haya contribuido a la cobertura del empleado o de su dependiente.

- Para un empleado o dependiente que tiene una cobertura que es la continuación de la cobertura de COBRA, las condiciones se cumplen en el momento en que se agota la continuación de la cobertura de COBRA. Una persona que cumple las condiciones para la inscripción especial, no se inscribe y, en su lugar, elige y agota la continuación de la cobertura de COBRA, también cumple las condiciones.

Las personas calificadas que se inscriben entre el primer y el decimoquinto día del mes tendrán una fecha de entrada en vigor de la cobertura el primer día del mes siguiente. Las personas calificadas que se inscriben entre el decimosexto y el último día del mes tendrán una fecha de entrada en vigor de la cobertura el primer día del segundo mes siguiente.

Para el nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entra en vigor en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero los pagos por adelantado del Crédito Fiscal Federal para la Prima (APTC) y de las reducciones federales de costos compartidos, si corresponde, no entran en vigor hasta el primer día del mes siguiente, a menos que el nacimiento, la adopción o la colocación para adopción ocurran el primer día del mes.

La fecha de entrada en vigor de la cobertura para los dependientes inscritos por una orden médica calificada de manutención infantil es el primer día del mes siguiente a la recepción de la orden o la fecha de entrada en vigor de la orden, sin exceder los sesenta (60) días de cobertura retroactiva.

Para el matrimonio, o si la persona calificada pierde la cobertura esencial mínima, la fecha de entrada en vigor es el primer día del mes siguiente.

El Mercado puede establecer una fecha de entrada en vigor de la cobertura de una persona calificada antes de lo especificado en los párrafos de arriba, siempre que:

- No se haya determinado que la persona calificada es elegible para pagos por adelantado del Crédito Fiscal Federal para la Prima o de las reducciones federales de costos compartidos; o
- La persona calificada paga la prima completa del primer mes parcial de cobertura y todos los costos compartidos, renunciando así al beneficio de los pagos por adelantado del Crédito Fiscal Federal para la Prima y de las reducciones federales de costos compartidos hasta el primer día del mes siguiente.

Aviso de cambio de estado

Cualquier cambio en el estado de un miembro después de la fecha de entrada en vigor de la cobertura debe informarse a Servicios para Miembros. Los cambios también pueden ser causa de un cambio en las primas. Los ejemplos incluyen:

- Cambio en la dirección o información de contacto.
- Cambio en el estado de elegibilidad; o
- Cambio en el consumo de tabaco.

Para un cambio en el estado civil, esa persona recibirá cobertura según la ley de Louisiana.

Cambios en la cobertura

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

- El cambio se hace en el momento de la renovación.
- El cambio es aprobado por el comisionado, cumple la ley estatal y es efectivo para todas las personas.
- El aviso se da a más tardar el sexagésimo (60) día antes de la fecha en que el cambio entra en vigor.

Cancelación de la cobertura

La cobertura de un miembro finalizará bajo este Contrato en la primera de las siguientes fechas cuando:

- CHRISTUS Health Plan no reciba la prima en la fecha de vencimiento, sujeto a la disposición del período de gracia de este Contrato.
- Después de un aviso por escrito de no menos de 60 días, el miembro ya no reside en el área de servicio; excepto que CHRISTUS Health Plan no cancelará la cobertura de un hijo que esté sujeto a una orden médica de manutención porque el hijo no reside en el área de servicio.
- Se cancela el Plan o un tipo particular de cobertura individual; pero solo si la cobertura se cancela de manera uniforme sin tener en cuenta ningún factor relacionado con el estado de salud de los inscritos y sus dependientes que pueden ser elegibles para la cobertura. Podemos cancelar la cobertura después de un aviso por escrito de 90 días y debemos ofrecer a cada inscrito, sobre una base de emisión garantizada, cualquier otra cobertura individual de atención médica básica que ofrezcamos en esa área de servicio. En caso de terminación por la interrupción de toda la cobertura individual de atención médica básica de la HMO en ese estado, pero solo si la cobertura se interrumpe de manera uniforme sin tener en cuenta los factores relacionados con el estado de salud de los inscritos y sus dependientes que pueden ser elegibles para la cobertura, la HMO puede cancelar la cobertura después de un aviso por escrito de 180 días al comisionado y a los inscritos. En ese caso, la HMO no puede volver a ingresar al mercado individual en Louisiana durante cinco (5) años a partir de la fecha de interrupción de la última cobertura no renovada.
- El miembro ya no es una persona calificada y no es elegible para la cobertura del Mercado.
- El miembro obtiene otra cobertura del Mercado.
- El miembro comete fraude o hace una declaración intencionalmente falsa de un hecho material en la solicitud de inscripción, después de un aviso por escrito de no menos de 30 días.
- El miembro comete fraude en el uso de servicios o centros, después de un aviso por escrito con no menos de 30 días de antelación.

La cobertura terminará a las 11:59 p. m. del último día del mes por el que se pagaron las primas. El miembro será responsable de los reclamos pagados después de la fecha de terminación.

No pagaremos ningún servicio cubierto prestado a un miembro o dependiente después de la fecha de terminación. A menos que acordemos, por escrito, que no se darán beneficios cubiertos

según esta póliza después de la fecha de su finalización, incluso si usted o su dependiente están o permanecen en el hospital después de la fecha de terminación de esta póliza.

Conversión de cobertura

Los dependientes elegibles bajo esta póliza tienen el derecho a una conversión a una nueva póliza sobre:

- la muerte del miembro; o
- el divorcio, la anulación o la disolución del matrimonio o separación legal del cónyuge del miembro.

El derecho a la conversión no se aplica si:

- la cobertura finaliza debido a la falta de pago de la prima.
- el dependiente es elegible o está inscrito en Medicare.

El dependiente debe informarnos de su deseo de convertir su cobertura. Luego enviaremos un aviso de derechos de conversión. El dependiente debe pagar la prima aplicable dentro de los treinta días posteriores a la recepción del aviso de derechos de conversión enviado por nosotros.

Un dependiente que se convierte en miembro bajo el nuevo Contrato debe continuar residiendo en el área de servicio. Los dependientes del miembro no están obligados a residir en el área de servicios. El plan de conversión será la misma forma de cobertura que CHRISTUS Health Plan ofrecía al miembro original y a sus dependientes antes de la conversión. Las primas deben pagarse a tiempo. Si el dependiente quiere inscribirse en un plan de beneficios diferente, es posible que deba volver a solicitar la cobertura.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

Esta sección explica cómo funciona su plan, cómo acceder a su proveedor de atención primaria para obtener atención médica y las reglas que debe seguir cuando recibe atención.

El Plan es un plan de estilo “HMO”, lo que significa que usted selecciona un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para organizar toda su atención. El Plan también requiere que:

- Usted viva, resida o trabaje en el área de servicio, a menos que sea un dependiente, y que cumpla todas las reglas de cobertura de este Contrato.
- Usted reciba servicios de atención médica de nuestra red de proveedores participantes. Nuestra red está formada por médicos y hospitales con lo que tenemos contratos para prestar servicios médicos.
Si no usa nuestra red de proveedores participantes, es posible que deba pagar por los servicios que recibe.
- Puede obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante solo cuando un proveedor participante no esté disponible dentro del área de servicio. Para obtener una autorización para estos servicios cubiertos, su PCP nos enviará una solicitud de remisión. Los servicios de atención de emergencia están cubiertos incluso si el proveedor no es un proveedor participante.
- Debe pagar su costo compartido en el momento en que reciba los servicios cubiertos. Pagaremos al proveedor el saldo adeudado por los servicios cubiertos. Su *Programa de beneficios* tiene más información sobre los requisitos de costos compartidos.
- Algunos servicios de atención médica requerirán autorización previa para estar cubiertos por el Plan. Por ejemplo, se requiere autorización previa para hospitalizaciones y algunos tipos de atención ambulatoria.
- Su proveedor participante debe asegurarse de que la autorización previa esté en vigor cuando sea necesaria. Lea la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato para obtener más información.
- Los servicios de atención de emergencia fuera del área de servicio están cubiertos, pero es posible que otros tipos de atención no estén cubiertos.

Proveedores de atención primaria

Una buena relación con su proveedor de atención primaria (PCP) lo ayudará a usted y a su familia a aprovechar al máximo los beneficios de su Plan. Como nuestro miembro, puede seleccionar un PCP para usted y cada dependiente cubierto. Puede consultar nuestro Directorio de proveedores en línea visitando nuestro sitio web en www.christushealthplan.org, o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Podemos ayudarlo a elegir un PCP que forme parte de nuestra red de proveedores.

Si no elige un PCP cuando se inscribe, se seleccionará un PCP cerca de su casa. No tiene que usar el PCP que le asignamos automáticamente. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para cambiar su PCP.

Los PCP pueden incluir médicos especialista en medicina familiar, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras o ginecólogos (obstetricians and/or gynecologists, OB/GYN).

Cada miembro puede elegir qué tipo de PCP prefiere. Los miembros pueden optar por tener un obstetra o ginecólogo como su proveedor de atención primaria, si lo prefieren. Para los miembros que no eligen a un obstetra/ginecólogo como su PCP, no se requiere una remisión para los servicios prestados por los proveedores participantes de obstetricia/ginecología. Su PCP es responsable de prestar sus servicios de atención primaria. Estos incluyen exámenes anuales, vacunas de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no son de emergencia. Una miembro también puede elegir a un obstetra o ginecólogo además de un PCP.

Si es un miembro nuevo y tiene un problema médico o está tomando medicamentos, debe comunicarse con el consultorio de su PCP. Debe programar una cita lo antes posible después de su fecha de entrada en vigor.

Especialista como PCP

Algunos especialistas pueden actuar como PCP para miembros con una condición médica crónica grave, incapacitante o potencialmente mortal. Esto está permitido si el especialista presta todos los servicios básicos de atención médica y tiene contrato con CHRISTUS Health Plan para hacer tareas de PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para averiguar qué proveedores desempeñan ambas funciones.

Directorio de proveedores de CHRISTUS Health Plan

Nuestro Directorio de proveedores es una lista de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que tienen contrato con nosotros. El Directorio de proveedores se actualiza periódicamente.

Puede ver el Directorio de proveedores en línea en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 y preguntar por un proveedor participante.

AVISO DE QUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDEN SER PRESTADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA DE LA RED POR MÉDICOS DEL CENTRO QUE NO ESTÁN EN SU PLAN MÉDICO. USTED PUEDE SER RESPONSABLE DEL PAGO DE LA TOTALIDAD O PARTE DE LOS CARGOS POR ESOS SERVICIOS FUERA DE LA RED, ADEMÁS DE LAS CANTIDADES APLICABLES ADEUDADAS POR COPAGOS, COSEGUROS, DEDUCIBLES Y SERVICIOS NO CUBIERTOS. PUEDE ENCONTRAR INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LOS MÉDICOS DENTRO Y FUERA DE LA RED EN EL CENTRO EN LA DIRECCIÓN DEL SITIO WEB DE SU PLAN MÉDICO O LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO DE SERVICIO AL CLIENTE DE SU PLAN MÉDICO.

Tarjeta de identificación

Se le envió una tarjeta de identificación del Plan. Si necesita más tarjetas, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación del Plan. La tarjeta de identificación del Plan incluye algunos de los beneficios a los que tienen derecho los miembros que pueden requerir cantidades de copago. La información sobre costos compartidos se puede encontrar en su *Programa de beneficios*.

Tiene derecho a los beneficios del Plan por los servicios cubiertos si se pagaron todas las primas, deducibles y cantidades de copago y es elegible para obtener los beneficios del Plan. La posesión de una tarjeta de identificación del Plan por sí sola no le da derecho a los beneficios. No permita que otros usen su tarjeta de identificación del Plan. Si lo hace, debe pagar por los servicios prestados a la persona que no es miembro. Además, su membresía del plan y la de sus dependientes cubiertos pueden cancelarse. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 de inmediato si pierde o le roban su tarjeta de identificación del Plan.

Uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de tarjetas de identificación (Identification, ID)

ADVERTENCIA: Es importante seguir los consejos de los profesionales médicos y recibir la mejor atención y tratamiento posibles. Esta sección no ofrece orientación ni asesoramiento para el tratamiento médico y no debe interpretarse como servicios médicos indicados. No use ninguna información de esta sección para tomar decisiones sobre sus necesidades de atención médica.

Esta sección está diseñada para dar información general y proteger el uso no autorizado de sus beneficios médicos y tarjeta de identificación. La información puede ayudar a crear conciencia sobre las estrategias usadas por personas sin escrúpulos para aprovecharse de usted y obtener ganancias económicas. Además, si usa su tarjeta de identificación o beneficios de atención médica para cualquier otra persona que no sea usted, se le pide que haga un informe usando el teléfono, fax o email que se indica en el siguiente párrafo.

El uso de su tarjeta de identificación o información médica personal de cualquier otra persona, ya sea que la conozca o no, puede considerarse fraude y debe informarse de inmediato a la línea directa de fraude de CHRISTUS al 855-771-8072, fax seguro de fraude al 210-766-8849 o email dedicado CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org.

Debe informar cualquier de las siguientes situaciones:

- Un proveedor de atención médica factura por un tratamiento médico, servicios o equipos que no recibió, o en una fecha distinta a la fecha del tratamiento.
- Un proveedor de atención médica u otra persona le ofrece dinero en efectivo, una tarjeta de regalo u otros beneficios a cambio de que visite a un proveedor de atención médica específico.
- Si recibe una oferta de tratamiento gratis en una casa de rehabilitación para pacientes hospitalizados, ya sea dentro del estado o fuera de la ciudad.
- Un proveedor de atención médica factura una cantidad excesiva por el tratamiento que recibió, incluso si pagó su deducible normal.
- Un proveedor de atención médica hace tratamientos o presta servicios que son médicamente innecesarios y no están relacionados con ninguna condición para la que buscó tratamiento.
- Un proveedor de atención médica le pide que reclute a familiares o amigos para cualquier tratamiento o servicio.
- Continúa recibiendo entregas continuas de equipos médicos que ya no necesita ni usa. (NO suspenda ningún tratamiento indicado sin consultar a un profesional médico).
- Su período de tratamiento dura significativamente más que el período de tiempo indicado o parece no tener fecha de finalización, o no se le presentó ningún plan de atención.

- Su tratamiento se extiende de manera inusual en varias visitas sin ninguna justificación médica.

El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de identificación emitidas a los miembros incluye, entre otras, cualquiera de las siguientes acciones, cuando sea intencional:

- Uso de la tarjeta de identificación antes de su fecha de entrada en vigor.
- Uso de la tarjeta de identificación después de la terminación de su cobertura bajo el Plan.
- Obtener medicamentos con receta u otros beneficios para personas no cubiertas por el Plan.
- Obtener medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos por el Plan.
- Obtener medicamentos con receta para su reventa o para el uso de cualquier persona que no sea la persona a la que se recetan los medicamentos, aunque la persona esté cubierta por el Plan.
- Obtener medicamentos sin receta o mediante el uso de una receta falsificada o alterada.
- Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso médicamente necesarios o prudentes o que incumplan las limitaciones de calidad del Plan.
- Obtener medicamentos con receta usando recetas para los mismos medicamentos de múltiples proveedores.
- Obtener medicamentos con receta de múltiples farmacias usando la misma receta.

El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo u otro uso indebido de tarjetas de identificación de cualquier miembro puede resultar, entre otros:

- En la denegación de los beneficios.
- En la cancelación de la cobertura.
- En la limitación del uso de la tarjeta de identificación a un (1) médico designado, otro proveedor o farmacia dentro de la red.
- En la recuperación de su parte de cualquier pago de beneficios hecho.
- En la aprobación previa de compras de medicamentos y servicios médicos.
- En el aviso a las autoridades correspondientes de posibles incumplimiento de la ley o la ética profesional.

SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS

El costo compartido es la parte del costo que usted paga por los beneficios cubiertos bajo el Plan. Los pagos de costos compartidos de su Plan incluyen las cantidades del deducible anual, el coseguro y el copago para cada tipo de servicio que se menciona en su *Programa de beneficios*.

Deducible anual

Ciertos servicios están sujetos a un deducible anual. Es la cantidad que un miembro debe pagar cada año calendario por los servicios cubiertos antes de que se paguen algunos servicios cubiertos según este Contrato. También se conoce como deducible. Consulte su *Programa de beneficios*.

No todos los servicios cubiertos están sujetos al deducible, como la mayoría de los servicios preventivos. Las cantidades de copago de su Plan no se aplican al deducible. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer las cantidades de deducible de su plan y para obtener información sobre qué servicios no están sujetos al deducible.

Los copagos y las multas no se consideran al determinar si cumplió su deducible.

Deducible por persona

Tiene un deducible individual. Una vez que haya alcanzado su deducible individual, el plan pagará los beneficios por sus servicios cubiertos. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer la cantidad de su deducible.

Deducible familiar

Si se inscribió en una cobertura familiar o cobertura para dos (2) o más personas, su Plan tiene un deducible familiar. Algunos servicios cubiertos no serán elegibles para el pago del Plan hasta que se haya alcanzado el deducible por persona o el deducible familiar. Las cantidades pagadas por cualquier familiar para el deducible por persona también se aplicarán al deducible familiar. Por ejemplo, si el deducible individual de un miembro es de \$500, se pueden aplicar hasta \$500 por miembro al deducible familiar. Una vez que se haya alcanzado el deducible familiar, no se aplicará ningún deducible por persona y pagaremos los servicios cubiertos.

Cambios en el deducible

Los cambios en el deducible solo se pueden hacer en la renovación.

Máximo de gastos de bolsillo anual

Su plan incluye un máximo de gastos de bolsillo anual para protegerlo a usted y a sus dependientes del alto costo de un evento catastrófico. El máximo de gastos de bolsillo anual es lo máximo que pagará por costos compartidos en un año calendario para ciertos beneficios cubiertos. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer el máximo de gastos de bolsillo.

Solo los deducibles, coseguros y copagos pagados de su bolsillo por beneficios cubiertos se aplican al máximo de gastos de bolsillo anual. Una vez que haya alcanzado esta cantidad, los beneficios cubiertos se pagan al 100% durante el resto del año calendario.

Una vez que se haya alcanzado su deducible, los copagos que haga por los servicios cubiertos seguirán aplicándose a su máximo de gastos de bolsillo. Las cantidades o servicios que no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo son:

- cantidades de multas.
- pagos de primas.
- cantidades pagadas por beneficios no cubiertos.

Máximo de gastos de bolsillo por persona

Si tiene una sola cobertura, tiene que cumplir un máximo de gastos de bolsillo individual por persona. Una vez que haya alcanzado esta cantidad, los beneficios cubiertos se pagan al 100% durante el resto del año calendario.

Máximo de gastos de bolsillo de la cobertura familiar

Para los miembros que tienen cobertura familiar, hay un máximo de gastos de bolsillo familiar. El máximo de gastos de bolsillo por persona de cada miembro individual se aplica hasta que se haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar. Cualquier combinación de familiares puede contribuir a alcanzar el máximo de gastos de bolsillo familiar. Una vez que haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo familiar, los beneficios cubiertos se pagan al 100% durante el resto del año calendario. Por ejemplo, si el máximo de gastos de bolsillo por persona del miembro individual es de \$2,000, entonces se pueden aplicar hasta \$2,000 por miembro al máximo de gastos de bolsillo familiar. Cualquier cantidad restante en el máximo de gastos de bolsillo familiar debe ser alcanzado por otros familiares.

Si tiene preguntas o quiere informar de que alcanzó su máximo de gastos de bolsillo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Coseguro

El coseguro es el porcentaje de los costos de un servicio cubierto como se muestra en su *Programa de beneficios*. Usted paga un porcentaje (20%, por ejemplo) después de que haya alcanzado su deducible.

Copagos

El copago es la cantidad que se muestra en su *Programa de beneficios* que debe pagar directamente al proveedor cada vez que se reciben ciertos servicios cubiertos.

Es posible que deba pagar copagos por cada servicio que preste su proveedor, incluso si tiene más de una (1) cita en el mismo día. Los copagos no se aplican al deducible.

Si no está seguro de los beneficios cubiertos por su Plan o las cantidades de costos compartidos, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Ley Sin Sorpresas

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, hospital de acceso crítico, centro quirúrgico ambulatorio y cualquier otro centro, especificado por el secretario, que dé artículos o servicios cubiertos por el Plan, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación del saldo. Cuando visita a un médico u otro proveedor de atención

médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Puede ser que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico. “Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan médico.

Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama “facturación del saldo”. Es probable que esta cantidad sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el límite anual de gastos de bolsillo.

“Facturación inesperada” es una factura del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene las siguientes protecciones: Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red).

Su plan médico le pagará a los proveedores y centros fuera de la red.

Su plan médico generalmente debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (“autorización previa”).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencias o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Ciertos servicios auxiliares

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturar es la cantidad de los gastos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Los proveedores ya no pueden facturar el saldo a una persona por servicios de emergencia. Un proveedor solo podrá facturar el saldo a una persona por ciertos servicios posteriores a la estabilización y por los servicios prestados por proveedores no participantes en ciertos centros participantes, si el proveedor o el centro informa al participante, beneficiario o inscrito, y obtiene el consentimiento de la persona para recibir atención fuera de la red y facturarle el saldo. Además, CHP tomó medidas para garantizar que se respeten todas las protecciones de derechos civiles relevantes y que la comunicación sea accesible y comprensible para usted, el miembro. Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA

El Plan tiene una red de médicos, centros de atención médica, laboratorios y farmacias. Esta sección del Contrato explica cómo y dónde puede recibir atención. Consulte también el *Programa de beneficios* adjunto a este Contrato para obtener información específica.

Cuando necesite atención:

- Comuníquese con su proveedor de atención primaria (PCP).
- Identifíquese como miembro. Su PCP puede pedirle información que está en su tarjeta de identificación de miembro, así que téngala lista.
- En la visita de atención médica, muestre su tarjeta de identificación de miembro.
- Si es necesario, obtenga una autorización previa de su PCP para ciertos beneficios cubiertos. Puede encontrar más información en la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato.

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

Atención de emergencia

Si tiene una emergencia, debe llamar al 911 o buscar tratamiento en el centro de emergencia más cercano, ya sea un proveedor participante o no. Una emergencia es cualquier problema médico que usted cree razonablemente que podría causar la muerte o lesiones permanentes si no se trata rápidamente.

Si puede, dígame al personal de la sala de emergencias que es miembro y muestre su tarjeta de identificación.

Es posible que se requiera que los servicios de atención de emergencia traten una lesión accidental o la aparición repentina de una condición médica que causa síntomas graves, como dolor nuevo e intenso. Una persona razonable esperaría que la falta de atención médica inmediata resulte en peligro para la salud de un miembro, en el deterioro de las funciones corporales, en una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, en la desfiguración de una persona o, para una mujer embarazada, en un peligro grave para la salud de un feto.

Los servicios de atención de emergencia también pueden ser necesarios para tratar condiciones que pueden volverse más graves o potencialmente mortales si no se tratan de inmediato, como sangrado intenso, dolor abdominal intenso, dolor en el pecho, una lesión ocular grave o la incapacidad repentina para respirar.

Si busca atención de emergencia por una enfermedad o lesión que cree que requiere atención médica inmediata, los servicios estarán cubiertos por su Plan. La atención de emergencia no requiere autorización previa. Sin embargo, si su emergencia hace que sea admitido en el hospital, se requerirá aviso y autorización para su hospitalización.

Pagaremos al proveedor a una tarifa que acordemos con él. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Servicios de atención de emergencia en un proveedor/centro no participante

Para emergencias, debe ir al proveedor o centro disponible más cercano. No necesita autorización previa para recibir servicios de atención de emergencia de proveedores participantes y no participantes.

Los servicios de atención de emergencia que reciba de proveedores no participantes serán pagados por nosotros hasta la cantidad máxima que debe pagarse, como se describe abajo en la sección “Gastos por proveedores no participantes”. Pero puede ser trasladado a un proveedor participante para recibir atención continua si es médicamente prudente hacerlo. Usted pagará el mismo costo compartido que pagaría por un proveedor participante. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Asegúrese de comunicarse con nosotros y determinaremos, en consulta con su proveedor, si se deben hacer arreglos para trasladarlo. Si recibe atención de seguimiento que no es de emergencia de un proveedor fuera de la red después de ser dado de alta, usted será responsable del costo de esos servicios.

Los servicios de atención que no son de emergencia, como la atención de seguimiento de una emergencia anterior, requieren una autorización previa del Plan. Si no recibe la autorización previa para servicios de atención que no son de emergencia y que requieren autorización previa, no pagaremos por los servicios que reciba.

Todas las admisiones de pacientes hospitalizados requieren una autorización previa de nuestra parte, excepto como se indica en “Atención de maternidad”. Si es admitido en un centro no participante o fuera de la red, debe comunicarse con el Plan para obtener una autorización previa. Un familiar o cuidador autorizado debe comunicarse con nosotros si no puede hacerlo. Se necesita una autorización previa para que los servicios cubiertos se paguen al nivel de beneficios más alto. Cuando recibe la autorización previa y es admitido, un médico que no sea su PCP puede dirigir y supervisar su atención.

Atención de urgencia

La atención de urgencia incluye servicios médicamente necesarios prestados para tratar enfermedades o lesiones urgentes que no ponen en peligro la vida pero que pueden requerir atención médica inmediata. La atención que se necesita fuera del horario normal de oficina de un proveedor de atención primaria también se considera atención de urgencia.

Se recomienda a los miembros que se comuniquen con su proveedor de atención primaria para programar una cita antes de buscar atención de otro proveedor. Si el proveedor de atención primaria no está disponible y la condición persiste, llame a la línea de consejería de enfermería al 1-844-581-3175. La línea de consejería de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Una enfermera registrada puede ayudarle a decidir el tipo de atención más apropiado para su necesidad específica.

Algunos ejemplos de enfermedad o lesión urgente son:

- Esguinces o un posible hueso roto.
- Corte que puede necesitar puntos de sutura.

- Fiebre en aumento.
- Vómitos o diarrea intensos.
- Dolor de oído.
- Síntomas de la gripe.

La atención de urgencia no se limita a estas situaciones. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención de urgencia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Comuníquese con su PCP para programar una cita antes de buscar atención de otro proveedor. Si el PCP no está disponible y la condición persiste, llame a la línea gratis de enfermería al 1-844-581-3175.

La línea de consejería de enfermería está disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Una enfermera registrada puede ayudarle a decidir el tipo de atención más apropiado para su necesidad específica.

Visitas en el consultorio

Los médicos y otros proveedores que vea en un consultorio le prestarán servicios de atención primaria y especializada. Estos servicios cubiertos pueden incluir exámenes anuales, vacunas de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones que no sean de emergencia/agudas. Para atención preventiva, de rutina o especializada, llame o programe una cita con su médico u otro proveedor. Su proveedor se encargará de la autorización previa, según sea necesario.

Si necesita una cita para el mismo día o tiene una enfermedad urgente, llame al consultorio de su médico para programar una cita. Si su proveedor no puede verlo, es posible que se le ofrezca una cita con otro médico, enfermero de práctica avanzada certificado o asistente médico en su grupo. Fuera del horario de atención, su médico puede ofrecer un servicio de atención de llamadas.

Cuando llegue a su cita, muestre su tarjeta de identificación del Plan al recepcionista. Es posible que deba hacer un copago antes de recibir los servicios. Si no puede asistir a una cita, debe cancelarla lo antes posible, ya que se pueden aplicar cargos por citas perdidas y esos cargos no están cubiertos por el Plan.

Los servicios de telemedicina y telesalud son servicios cubiertos bajo este Contrato, con el mismo nivel y cantidades de copago que otras visitas en el consultorio.

Servicio de ambulancias

Si necesita una ambulancia, llame al 911 o a un servicio de ambulancia local. Este servicio está cubierto si es médicamente necesario por una emergencia. El director médico del Plan determina esto revisando los expedientes médicos y de ambulancia.

El transporte en ambulancia que no sea de emergencia requiere autorización previa del Plan. Si los servicios de ambulancia no son médicamente necesarios y no están autorizados por el Plan, usted es responsable del pago.

Continuidad de la atención

Si está recibiendo un tratamiento continuo de un proveedor no participante o de un proveedor participante que finaliza su contrato durante dicho tratamiento activo, puede ser elegible para continuar recibiendo los servicios como si su proveedor siguiera siendo participante. A esto se le llama “continuidad de la atención”.

Si un proveedor/médico participante cancela el Plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por dar el tratamiento médicamente necesario a un miembro con una “circunstancia especial”. “Circunstancia especial” significa un paciente de atención continua que:

- a) Está recibiendo un tratamiento por una condición grave y compleja.
- b) Está siguiendo un curso de atención institucional o de paciente hospitalizado.
- c) Tiene una cirugía no electiva programada y atención posoperatoria relacionada.
- d) Está embarazada y recibe atención durante el embarazo.
- e) Tiene una enfermedad terminal y recibe atención para dicha enfermedad.

Como se define en §2799A-3(b)(1) de la Ley PHS.

Un paciente de atención continua puede optar por seguir recibiendo atención de un proveedor o centro con contrato cancelado por hasta 90 días a partir de la fecha del aviso de terminación del proveedor, o hasta que el miembro ya no se considere un paciente de atención continua, lo que ocurra primero, según §2799A-3(a)(2)(C) de la Ley PHS.

No se requiere que la continuidad de la atención esté cubierta cuando:

- El motivo de la terminación se debe a la suspensión, revocación o restricción aplicable de la licencia del proveedor de atención médica para ejercer en el estado de Louisiana por la Junta de Examinadores Médicos, o a otra razón documentada relacionada con la calidad de la atención.
- El miembro elige cambiar de proveedor.
- El miembro se muda fuera del área de servicio geográfica del proveedor o Plan.
- El miembro solo requiere monitoreo de rutina para una condición crónica, pero no está en una fase aguda de la condición.

Para nuevos miembros

Si recibe un tratamiento continuo con un proveedor que no está dentro de la red de proveedores de CHRISTUS Health Plan, es posible que pueda recibir servicios de ese proveedor y pagarlos al nivel de beneficios del proveedor participante. Los miembros con ciertas condiciones pueden solicitarnos continuidad de la atención dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de inscripción.

Para miembros existentes

Si el contrato de su proveedor con CHRISTUS Health Plan finaliza durante el curso de su tratamiento, puede ser elegible para continuar viendo a ese proveedor. Los miembros actuales con ciertas condiciones médicas pueden ser elegibles para la continuidad de la atención. Este período de transición permitirá que un miembro tenga acceso continuo a un proveedor. No es necesario que solicite que se continúe la atención, ya que esta se coordina mediante el Plan.

Acceso a proveedores no participantes

Si un servicio cubierto es médicamente necesario y no está disponible con un proveedor participante, lo remitiremos a un proveedor no participante en un plazo máximo de cinco (5) días laborables después de recibir su solicitud y documentación, o antes, según su condición.

Nos encargaremos de coordinar la remisión. **Necesita nuestra aprobación antes de recibir los servicios, o será responsable del pago.**

Pagaremos al proveedor a la tarifa habitual y acostumbrada o a una tarifa que acordemos con él. Usted pagará el mismo costo compartido que pagaría por un proveedor participante. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Antes de denegar una remisión a un proveedor no participante, nos aseguraremos de que un especialista familiarizado con su condición médica y que sea de la misma especialidad o similar a la de su médico o proveedor revise la solicitud.

Proveedores basados en centros

Un proveedor basado en un centro puede no ser un proveedor participante. Estos proveedores no participantes no pueden facturarle el saldo de las cantidades no pagadas por nosotros. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante o participante basado en el centro, comuníquese con nosotros.

Cuando den aviso y soliciten el consentimiento de las personas para renunciar a sus protecciones de facturación de saldos según la Ley Sin Sorpresas, los proveedores y los centros deben usar documentos estándar de aviso y consentimiento desarrollados por HHS.

- Si una persona programa una cita al menos 72 horas antes de la fecha de la cita, los documentos de aviso y consentimiento deben entregarse a la persona a más tardar 72 horas antes de la fecha de la cita.
- Si una persona programa una cita dentro de las 72 horas posteriores a la fecha de la cita, los documentos de aviso y consentimiento deben entregarse en el día de la cita, pero al menos tres (3) horas antes de la hora en que se prestan los servicios o se dan los artículos.

Gastos por proveedores no participantes

El gasto permitido es la cantidad máxima que debe pagarse por un servicio cubierto. Para los servicios cubiertos prestados por proveedores no participantes, la cantidad que debe pagar será una tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante o se basará en nuestro programa de tarifas fuera de la red. Esto no le impide facturar el saldo. El programa de tarifas fuera de la red es la tarifa habitual y acostumbrada, basada en la cantidad media negociada por CHRISTUS para los servicios dentro de la red, y consistente con las normas y la lógica de agrupación reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas. Nuestro programa de tarifas fuera de la red se basa en estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y es consistente con las normas y la lógica de agrupación reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas. Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan. El cargo permitido está diseñado simplemente para limitar los efectos de usar un proveedor fuera de la red.

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

Según su plan, algunos servicios de atención médica no son beneficios cubiertos a menos que tenga autorización previa. En esta sección se explica el proceso de autorización previa y se explica qué servicios requieren autorización previa. **Esta no es una lista completa.** Puede obtener información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

¿Qué es la autorización previa?

La autorización previa es un proceso de revisión clínica en el que revisamos su caso para determinar si un servicio es médicamente necesario y un beneficio cubierto antes de que se le preste ese servicio.

Nuestro director médico u otros profesionales clínicos revisarán el servicio de atención médica, su información médica, el lugar del tratamiento y otra información para decidir si se aprueba la atención propuesta.

Sin autorización previa, es posible que el servicio de atención médica propuesto no esté cubierto.

Si tiene preguntas sobre el proceso de autorización previa o qué servicios requieren autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

¿Cómo se obtiene la autorización previa?

Cuando un proveedor participante recomienda una atención que requiere autorización previa, corresponde a ese proveedor comunicarse con nosotros para obtener dicha aprobación. Su proveedor debe informarnos y obtener la aprobación antes de recibir estos servicios. Es posible que necesitemos hablar sobre la información del tratamiento o servicio solicitado con su proveedor.

Si necesita obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante, es su responsabilidad obtener la autorización previa necesaria para esos servicios. Si no obtiene la autorización previa cuando sea necesario, es posible que no cubramos su atención.

Después de que se haya solicitado la autorización previa y se haya enviado toda la documentación requerida, le informaremos a usted y a su proveedor si la solicitud fue aprobada. También le informaremos a usted y a su proveedor si se requerirá una revisión continua de los servicios del miembro durante el curso del tratamiento.

Para asegurarse de que hayamos procesado una autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Llame al menos catorce (14) días antes de recibir los servicios. Si no emitimos una autorización previa, el reclamo puede ser denegado.

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, nuestro personal clínico revisa la solicitud usando directrices reconocidas a nivel nacional. Estas directrices son consistentes con

principios clínicos sólidos y fueron desarrolladas por el Plan y los proveedores de atención médica en ejercicio. Si no existen directrices para un determinado servicio o tratamiento, se usan las herramientas de recursos basadas en evidencia médica científica revisada por pares.

Una autorización previa indicará el período de tiempo de validez. Una autorización previa también puede ser solo para una cierta cantidad de tratamientos o servicios.

¿Qué servicios requieren autorización previa?

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

Esta no es una lista completa.

- Todas las hospitalizaciones de cuidados agudos para pacientes hospitalizados, incluyendo los servicios posteriores a la estabilización, excepto como se establece en Atención de maternidad.
- Todas las hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados.
- Todas las admisiones a centros de cuidados subagudos.
- Todas las hospitalizaciones de cuidados agudos a largo plazo para pacientes hospitalizados.
- Servicios de ensayos clínicos.
- Cirugía estética o reconstructiva.
- Equipo médico duradero.
- Pruebas genéticas y orientación, y tratamiento de errores genéticos congénitos del metabolismo (Inborn Errors of Metabolism Disorders, IEM).
- Atención médica en casa.
- Servicios dentales médicamente requeridos (esto excluye los servicios dentales pediátricos preventivos y de rutina cubiertos).
- MRI, tomografía computarizada u otros procedimientos de imagen.
- Transporte en ambulancia que no sea de emergencia.
- Servicios de trasplante de órganos.
- Fisioterapia ambulatoria.
- Terapia ocupacional ambulatoria.
- Manejo del dolor.
- Dispositivos protésicos y ortesis.
- Otros servicios prestados durante una visita en el consultorio médico.
- Atención en centros de enfermería especializada.
- Procedimientos quirúrgicos.

Es posible que esta lista no incluya todos los servicios que requieren autorización previa. Si necesita ayuda para determinar si un servicio requiere autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Autorización previa para medicamentos con receta e infusiones intravenosas

Se necesita autorización previa para ciertos medicamentos con receta e infusiones intravenosas. Los medicamentos restringidos, otras recetas o infusión intravenosa que no están en el

Formulario, pero que el proveedor determina que son medicamento necesarios y apropiados, pueden enviarse para autorización previa al Centro de Excepciones de Farmacia por fax, teléfono o correo postal con la documentación adecuada para respaldar la necesidad médica.

Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento o infusión intravenosa no esté cubierta por el Plan. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información.

Decisiones sobre autorizaciones previas para medicamentos con receta e infusiones intravenosas

Si nuestro personal clínico no puede aprobar su autorización previa por razones clínicas o porque los medicamentos no están en el Formulario, su caso será remitido a nuestro director médico. El director médico analizará su caso y revisará la información que nos envíe su proveedor. Nuestro director médico puede hablar con su proveedor para obtener más información.

Se le informará a usted y a su proveedor por escrito o por medios electrónicos si se aprueba la autorización previa.

Se le informará a usted y a su proveedor por teléfono u otros medios, según los servicios solicitados, si la solicitud de autorización previa no se puede aprobar según la información que recibimos o si su plan no cubre el servicio.

Apelación para medicamentos con receta e infusiones intravenosas

Servicios de atención estándar/que no es de emergencia

Evaluaremos las solicitudes de apelación que no sean de emergencia y le informaremos a usted y a su proveedor de nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una **apelación para medicamentos con receta e infusiones intravenosas**.

Revisión acelerada/Revisión de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelación rápida según las circunstancias extraordinarias. Existen circunstancias extraordinarias cuando tiene una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima o cuando recibe un tratamiento en curso con un medicamento que no está incluido en el Formulario. Tomaremos una decisión sobre la apelación rápida y le informaremos a usted y a su proveedor por teléfono o mediante un aviso electrónico de la decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de recibir la solicitud de medicamentos con receta e infusiones intravenosas. Luego le enviaremos una carta dentro de las 48 horas posteriores a que el plan haya enviado el aviso telefónico o electrónico inicial.

Le informaremos a usted y a su proveedor de una decisión acelerada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud escrita o verbal.

AVISO: La atención de emergencia y la atención de urgencia dentro de la red no requieren autorización previa.

Revisión externa

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión de apelación. No tiene que agotar nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa si no se cumplen los plazos del proceso de apelación o si tiene una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima o cuando recibe un tratamiento en curso con un medicamento que no está incluido en el Formulario. Nuestro aviso de determinación de la apelación incluirá instrucciones completas para hacer una solicitud de revisión externa. La revisión externa acelerada puede iniciarse al mismo tiempo que las apelaciones internas rápidas.

Emitiremos una decisión de atención de urgencia a más tardar dentro de las 24 horas después de recibir la solicitud de revisión externa y a más tardar 72 para la solicitud estándar. No hay ningún costo para usted por la revisión externa.

UNA AUTORIZACIÓN PREVIA NO GARANTIZA QUE SE PAGUEN LOS BENEFICIOS.

- Debe ser elegible para la cobertura y estar cubierto por este Contrato en la fecha en que se presten los servicios.
- Todos los términos de este Contrato determinan si un servicio es un beneficio cubierto.
- Un miembro no deberá basarse en comunicaciones verbales de un representante de CHRISTUS Health Plan que sean contradictorias con los términos escritos de este Contrato.
- En cualquier caso en que una comunicación verbal de un representante de CHRISTUS Health Plan difiera de los términos de este Contrato, prevalecerán los términos de este Contrato.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Su plan ofrece cobertura para muchos servicios de atención médica. Esta sección le da información sobre sus beneficios cubiertos y otros requisitos, limitaciones y exclusiones. Debe pagar su deducible, coseguro y copago.

NOTA: SU PARTE DEL PAGO POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE BASARSE EN EL ACUERDO ENTRE SU PLAN MÉDICO Y SU PROVEEDOR. EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS, ESTE ACUERDO PUEDE PERMITIR QUE SU PROVEEDOR LE FACTURE CANTIDADES HASTA LOS CARGOS REGULARES DEL PROVEEDOR.

Específicamente cubierto

Su plan ayuda a pagar los gastos de atención médica que son médicamente necesarios y están específicamente cubiertos en este Contrato. Específicamente cubierto significa solo los servicios de atención médica que se mencionan y describen expresamente en las secciones de beneficios del Contrato. Los beneficios y servicios específicamente cubiertos están sujetos a limitaciones, exclusiones, autorización previa y otras disposiciones de este Contrato. La sección Exclusiones menciona los servicios que no son beneficios cubiertos por el Plan. Se excluirán todos los demás beneficios y servicios que no se mencionen como cubiertos en esta sección, excepto los servicios clínicos de salud preventiva.

Decidimos si un servicio o suministro de atención médica es un beneficio específicamente cubierto. Cuando los proveedores indican, ordenan, recomiendan o aprueban un servicio o suministro de atención médica, no garantiza que sea un beneficio cubierto, incluso si no figura como una exclusión.

Necesidad médica

Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios, excepto los servicios clínicos de atención preventiva. Necesidad médica o médicamente necesario significa los servicios de atención médica determinados por un proveedor, en consulta con nosotros, como apropiados o necesarios, según los principios y prácticas generalmente aceptados de la buena atención médica o directrices de práctica desarrolladas por el gobierno federal, sociedades médicas nacionales o profesionales, juntas y asociaciones, o cualquier otro protocolo clínico o guía de práctica aplicable que desarrollemos según dichas directrices de práctica federal, nacional y profesional, para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una condición, enfermedad, lesión o trastorno de salud física, conductual o mental.

Los medicamentos, tratamientos, procedimientos o dispositivos experimentales o en investigación no están cubiertos, con la excepción de los beneficios de su ensayo clínico.

Debe obtener una autorización previa para que algunos servicios sean servicios cubiertos. El Plan no pagará ninguno de estos servicios sin autorización previa. Lea la sección de autorización previa de este Contrato o llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información sobre la autorización previa.

Lea su Programa de beneficios o llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Beneficios cubiertos específicos:

Lesiones accidentales (trauma), atención de urgencia, servicios de atención de emergencia y servicios de observación

Atención de urgencia

La atención de urgencia son procedimientos, tratamientos o servicios de atención médicamente necesarios que recibe en un centro de atención de urgencia o en el consultorio de un proveedor por una condición repentina por una enfermedad o lesión. Las condiciones urgentes requieren atención médica inmediata para evitar un deterioro grave de su salud, pero no ponen en peligro su vida.

Comuníquese con su médico de atención primaria para programar una cita, antes de recibir atención de otro proveedor. Se requiere autorización previa para la atención de seguimiento de un proveedor no participante. Si cree que su condición es potencialmente mortal, debe buscar servicios de atención de emergencia.

Servicios de atención de emergencia

Damos cobertura para servicios de atención de emergencia las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, cuando sea necesario. Debe buscar tratamiento médico de un proveedor participante siempre que sea posible. Si usted no puede acceder razonablemente a un proveedor participante, nosotros haremos los arreglos para cubrir la atención con un proveedor no participante al cargo permitido por:

- Cualquier examen o evaluación médica requerida por la ley estatal o federal que debe darse en el centro médico de emergencias de un hospital y que sea necesaria para determinar si existe una condición médica de emergencia.
- Servicios de atención de emergencia necesarios, incluyendo el tratamiento y la estabilización de una condición médica de emergencia.
- Servicios que se originan en un centro médico de emergencias del hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia comparable después del tratamiento o la estabilización de una condición médica de emergencia según lo autorizado por nosotros.

La cobertura de los servicios de trauma y todos los demás servicios de atención de emergencia continuará al menos hasta que esté médicamente estable, no requiera cuidados intensivos y pueda ser trasladado de manera segura a un proveedor participante según el criterio del médico tratante en consulta con nosotros y según la ley federal.

Daremos un reembolso cuando usted, actuando de buena fe, obtenga servicios de atención de emergencia para lo que razonablemente parece ser una condición aguda que requiere atención médica inmediata, incluso si luego se determina que su condición no es una emergencia.

No se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia. Si es admitido como paciente hospitalizado en un hospital, usted o su médico deben informarnos lo antes posible para que podamos revisar su hospitalización. Los servicios posteriores a la estabilización

están cubiertos sin autorización previa, según la ley federal, cuando los presta un proveedor no participante después de una condición médica de emergencia, hasta que el paciente pueda ser trasladado de manera segura a un proveedor participante.

No rechazaremos un reclamo por servicios de atención de emergencia cuando su PCP o nuestro representante lo remitan a la sala de emergencias. Si sus servicios de atención de emergencia resultan en una hospitalización directamente de la sala de emergencias, usted es responsable de pagar los costos compartidos del hospital para pacientes hospitalizados en lugar del copago por la visita a la sala de emergencias. Lea su *Programa de beneficios* para conocer la cantidad de los costos compartidos.

Para los servicios de atención de emergencia recibidos de un proveedor no participante o fuera de Louisiana, usted puede buscar servicios de atención de emergencia en el centro apropiado más cercano donde se puedan prestar servicios de atención de emergencia. La atención de seguimiento que no sea de emergencia recibida fuera de Louisiana para su conveniencia o preferencia no es un beneficio cubierto.

La atención de seguimiento de un proveedor no participante necesita autorización previa. Debe pagar los cargos que no autorizamos.

Ya sea que necesite una hospitalización o no, debe informar a su PCP o médico dentro de las 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, de cualquier tratamiento médico de emergencia para que pueda recomendar la continuación de los servicios médicos necesarios.

Servicios de observación

Los servicios de observación son servicios ambulatorios prestados por un hospital y un proveedor en los centros del hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y el monitoreo del personal de enfermería de un hospital, cuando sean razonables y necesarios para evaluar su condición, determinar la necesidad de una posible admisión al hospital o cuando se espera una mejora rápida de su condición.

Cuando un hospital le ordena permanecer en observación ambulatoria, esto se fundamenta en la orden escrita del proveedor. Para pasar de la observación a una admisión como paciente hospitalizado, se deben cumplir nuestros criterios de nivel de atención.

El tiempo que pasa en el hospital no es el único factor que determina la observación en lugar de la hospitalización. También se considerarán los criterios médicos.

Todas las lesiones accidentales (traumatismos), la atención de urgencia, los servicios de atención de emergencia y los servicios de observación, ya sea que se presten dentro o fuera del área de servicio del plan, están sujetos a las limitaciones mencionadas en la sección Limitaciones y las exclusiones mencionadas en la sección Exclusiones.

Daño cerebral adquirida

El Plan cubre el tratamiento de un daño cerebral adquirido en las mismas condiciones que el tratamiento de cualquier otra condición física. La terapia de rehabilitación cognitiva, la terapia de

comunicación cognitiva, la terapia neurocognitiva y la rehabilitación; las pruebas y tratamientos neuroconductuales, neuropsicológicos, neurofisiológicos y psicofisiológicos; la terapia de rehabilitación y neuroretroalimentación, los servicios de transición y reintegración posaguda, u otros servicios de tratamiento, están cubiertos si dichos servicios son médicamente necesarios como consecuencia de, y están relacionados con, un daño cerebral adquirido.

Servicios de ambulancia

El Plan cubre los siguientes tipos de servicios de ambulancia: (1) servicios de ambulancia de emergencia, (2) servicios de ambulancia de alto riesgo y (3) servicios de traslado entre centros.

Servicios de ambulancia de emergencia

Los servicios de ambulancia de emergencia son servicios de ambulancia terrestres o aéreos que se prestan por razones que harían que una persona razonable y prudente que actúa de buena fe crea que el transporte en cualquier otro vehículo pondría en peligro su salud. Los servicios de ambulancia de emergencia están cubiertos solo por las siguientes razones:

- Dentro de Louisiana, al centro más cercano donde se puedan prestar servicios de atención de emergencia y tratamiento. Dichos servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y con personal y equipo de soporte vital.
- Fuera de Louisiana, al centro apropiado más cercano donde se puedan prestar servicios de atención de emergencia y tratamiento. Dichos servicios deben ser prestados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y con personal y equipo de soporte vital.
- No pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que hubiéramos pagado por los servicios de ambulancia terrestre para la misma distancia, a menos que el servicio sea solicitado por las autoridades policiales o médicas en el sitio en una situación de emergencia o si el miembro está en un lugar al que no se puede llegar en ambulancia terrestre. Si el servicio es solicitado por las autoridades policiales o médicas en el sitio en una situación de emergencia o si el miembro está en un lugar al
- que no se puede llegar en ambulancia terrestre, el pago se hará a la tarifa estándar fuera de la red o a la tarifa contratada, según corresponda.
- Para determinar si actuó de buena fe como una persona razonable y prudente al recibir servicios de ambulancia de emergencia, tendremos en cuenta los siguientes factores:
 - Si requirió servicios de atención de emergencia, como se define arriba.
 - Sus síntomas.
 - Si una persona razonable y prudente, con conocimientos promedio de salud y medicina, habría considerado que el transporte en cualquier otro vehículo habría puesto en peligro su salud.
 - Si su médico/proveedor o nuestro personal le aconsejaron que buscara un servicio de ambulancia. Cualquier orientación de este tipo dará lugar al reembolso de todos los servicios médicamente necesarios prestados, a menos que se limite o excluya de otra manera según esta póliza.
 - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de traumatismo/quemaduras de nivel I o II u otro centro de traumatismos/quemaduras debidamente designado según los protocolos establecidos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia.

Los servicios de ambulancia (terrestres o aéreos) a la oficina del forense o a una morgue no están cubiertos, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes del pronunciamiento de la muerte por una persona autorizada por la ley estatal para hacer dicho pronunciamiento.

Servicios de ambulancia de alto riesgo

Los servicios de ambulancia de alto riesgo se definen como servicios de ambulancia que no son de emergencia indicados por su médico/proveedor que son médicamente necesarios para trasladar a un paciente de alto riesgo.

La cobertura de los servicios de ambulancia de alto riesgo se limita a:

- Servicios de ambulancia aérea cuando sea médicamente necesario. Sin embargo, no pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que hubiéramos pagado por el transporte de la misma distancia en un servicio de ambulancia terrestre, a menos que su condición haga que el uso de dichos servicios de ambulancia terrestre sea médicamente inapropiado.
- Servicios de ambulancia neonatal, incluyendo el servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciaria más cercano cuando sea necesario para proteger la vida de un recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de traumatismo/quemaduras de nivel I o II u otro centro de traumatismos/quemaduras debidamente designado según los protocolos establecidos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia.
- Servicios de ambulancia aérea o terrestre para un recién nacido hasta el hospital disponible más cercano o la unidad de cuidados especiales neonatales, para el tratamiento de enfermedades, lesiones, defectos congénitos y complicaciones del nacimiento prematuro. Esto incluye el transporte de la madre con discapacidad temporal del recién nacido enfermo, que debe ser certificado por su médico.

Servicios de ambulancia para el traslado entre centros

Los servicios de ambulancia para el traslado entre centros se definen como el servicio de ambulancia terrestre o aérea entre hospitales, centros de enfermería especializada o centros de diagnóstico. Los servicios de traslado entre centros están cubiertos solo si:

- Son médicamente necesarios.
- Son indicados por su médico/proveedor.
- Son prestados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y con personal y equipo de soporte vital.

Trastorno por déficit de atención

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

Tratamiento del linfedema

El tratamiento del linfedema, prestado o indicado por un médico autorizado en este estado, o recibido en cualquier hospital autorizado o en cualquier otro centro público o privado autorizado para dar tratamiento del linfedema, incluyendo sistemas de vendaje de compresión multicapa y prendas de compresión graduada, ya sean personalizadas o estándar.

Labio leporino/paladar hendido

El tratamiento y la corrección del labio leporino y el paladar hendido incluyen la cobertura de condiciones secundarias y el tratamiento atribuible al diagnóstico primario de labio leporino/paladar hendido, que incluye:

- Cirugía bucal o de la cara, manejo y seguimiento.
- Dispositivos protésicos.
- Tratamiento y manejo de ortodoncia.
- Odontología preventiva/reconstructiva asociada al tratamiento protésico o de ortodoncia.
- Evaluación/terapia del habla y el lenguaje.
- Pruebas de audición y amplificadores de audio.
- Tratamiento de otorrinolaringología.
- Evaluación psicológica y consejería.
- Evaluación genética y orientación para pacientes y padres.

Ensayos clínicos

El Plan da cobertura para la atención de rutina del paciente médicamente necesaria en un centro dentro de la red, incurrida como resultado de la participación del miembro en un ensayo clínico si:

- El ensayo clínico tiene una intención terapéutica, que incluye la prevención, detección o tratamiento de una enfermedad o condición potencialmente mortal.
- El ensayo clínico se da como parte de un ensayo clínico que se hace según un ensayo clínico aprobado o financiado por al menos uno de los siguientes: (a) uno de los Institutos Nacionales de Salud federales, incluyendo los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, o los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare; (b) un grupo o centro cooperativo federal del Instituto Nacional de Salud; (c) la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; (d) el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos o el Departamento de Energía de los Estados Unidos; (e) una entidad de investigación calificada que cumpla los criterios establecidos por los Institutos Nacionales de Salud federales para la elegibilidad de la subvención; (f) una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tenga un acuerdo con la Oficina para la Protección de los Seres Humanos en los Estudios de Investigación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; (g) estudios o investigaciones hechos bajo una solicitud de nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos; y (h) estudios o ensayos de medicamentos en investigación exentos de tener una solicitud de nuevo medicamento en investigación bajo 42 U.S.C. § 300gg-8(d)(1)(C).
- El personal que da el ensayo clínico o hace el estudio (a) acepta el reembolso como pago total del Plan, y que no sea mayor que el nivel de reembolso aplicable a otros servicios similares prestados por los proveedores participantes dentro de la red del Plan; (c) aceptar dar un aviso por escrito al plan médico cuando un paciente ingresa o sale de un ensayo clínico.
- Según el documento de consentimiento informado del paciente, ningún tercero es responsable de los daños asociados al tratamiento dado durante una fase de un ensayo clínico.

A los efectos de este beneficio y servicio cubierto específico, los siguientes términos tienen este significado:

- “Costo de atención de rutina del paciente” – significa (1) un servicio o tratamiento médico que constituye un beneficio bajo el Plan y que estaría cubierto si el paciente estuviera recibiendo un tratamiento estándar para el cáncer o para una enfermedad potencialmente mortal; o (2) un medicamento dado a un paciente durante un ensayo clínico, si dicho medicamento fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, ya sea que esa organización haya aprobado o no su uso para el tratamiento de la condición particular del paciente, pero solo en la medida en que el medicamento no sea cubierto por el fabricante, distribuidor o proveedor del mismo. El costo de la atención de rutina del paciente no incluye (1) el costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación; (2) el costo de un servicio que no sea de atención médica que el paciente debe recibir como resultado de su participación en el ensayo clínico; (3) los costos asociados a la gestión de la investigación relacionada con el ensayo clínico; (4) los costos que no estarían cubiertos por el paciente si se dan tratamientos no investigativos; o (5) los costos pagados o no facturados por los proveedores de ensayos clínicos.

Cuidado de hospicio certificado

Este Plan cubre los servicios del programa de cuidados de hospicio. Para estar cubiertos, estos servicios deben prestarse por una enfermedad terminal. Estos servicios son limitados, como se indica en su *Programa de beneficios*. Los servicios deben prestarse bajo un Programa de cuidados de hospicio y por un proveedor autorizado y calificado. Los servicios de cuidados de hospicio incluyen atención en el hospital y servicios ambulatorios. También se incluyen los servicios profesionales de un médico. Otros servicios cubiertos incluyen los de un psicólogo, trabajador social o consejero familiar. Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan:

- Servicios prestados por un familiar o alguien que generalmente vive en su casa o en la casa de su dependiente.
- Servicios o suministros que no se mencionan en el Programa de cuidados de hospicio.
- Procedimientos de curación o de prolongación de la vida.
- Servicios por los que se pagan otros beneficios según el Plan.
- Servicios o suministros que son principalmente para ayudar en la vida diaria.
- Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias sin receta, suministros médicos, vitaminas o minerales.
- Cuidado de relevo.

Servicios de atención preventiva

El Plan cubre servicios de atención primaria y especialistas para atención preventiva y exámenes médicos periódicos. Aunque la atención preventiva está cubierta sin cargo, se puede aplicar un copago por visita en el consultorio para otros servicios cubiertos prestados durante su visita. El Plan también cubre todos los beneficios médicos esenciales, incluyendo los que se mencionan en este Contrato. No hay costos compartidos para los servicios de atención preventiva de beneficios médicos esenciales.

Los servicios de atención preventiva se determinaron según las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (United States Preventative

Services Task Force, USPTF), el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA).

Servicios preventivos para la evaluación del cáncer

El Plan cubre las pruebas genéticas o moleculares para cáncer, que incluyen, entre otras, la secuenciación tradicional del genoma completo, la secuenciación rápida del genoma completo y otras pruebas genéticas y genómicas, como la secuenciación individual, la secuenciación en trío para uno o ambos padres del bebé y la secuenciación ultrarrápida para un bebé de un (1) año de edad o menos, que esté recibiendo servicios en el hospital para pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos o en una unidad de cuidados pediátricos, y que tiene una enfermedad compleja de etiología desconocida. La cobertura está sujeta a deducibles anuales, coseguros, disposiciones de copago y está sujeta a criterios de necesidad médica basados en evidencia aplicables.

Intervalos de detección del cáncer colorrectal

La detección del cáncer colorrectal se da en intervalos según la edad y el riesgo individual, siguiendo las directrices clínicas reconocidas a nivel nacional, como las publicadas por la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society, ACS) y la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network, NCCN). Los métodos de detección pueden incluir la colonoscopia, la prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT), la colonografía por CT y otras pruebas aprobadas. Su proveedor le recomendará la prueba y el momento adecuados según su historia médico y sus factores de riesgo.

Servicios preventivos para miembros adultos:

- Evaluación de aneurisma de aorta abdominal con ecografía en hombres de 65 a 75 años que alguna vez fumaron (única evaluación).
- Evaluación y orientación sobre el abuso de alcohol.
- Consumo de aspirina para miembros de ciertas edades.
- Medición de la presión.
- Examen de colesterol para miembros de ciertas edades o con mayor riesgo.
- Examen de detección de cáncer colorrectal para miembros a partir de los 45 años, incluyendo una colonoscopia cada 10 años; prueba inmunoquímica fecal (FIT) anual para detectar sangre; o sigmoidoscopia flexible cada 5-10 años, colonografía por tomografía computarizada cada cinco (5) años o la prueba de ADN en heces FIT cada tres (3) años o colonoscopia con cápsula cada cinco (5) años.
- Evaluación de depresión.
- Examen de detección de cáncer de pulmón.
- Pruebas de diabetes tipo 2 para miembros con presión alta.
- Orientación sobre dietas para miembros con mayor riesgo de enfermedades crónicas.
- Pruebas de detección de VIH para todos los miembros con mayor riesgo.
- Prueba del virus de la hepatitis C.
- Vacunas – las dosis, edades y poblaciones recomendadas pueden variar.
- Evaluación y orientación sobre obesidad.

- Consejería sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para miembros con mayor riesgo.
- Pruebas de detección del consumo de tabaco para todos los miembros e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco, incluyendo consejería ampliada para las consumidoras de tabaco embarazadas.
- Prueba de sífilis para todos los adultos con mayor riesgo.
- Prevención de caídas en adultos mayores, incluyendo ejercicio o fisioterapia y vitamina D.
- Orientación conductual sobre el cáncer de piel.
- Prueba de hepatitis B.
- Prueba de tuberculosis.
- Medicamentos preventivos con estatinas: adultos de 40 a 75 años sin historia de CVD, uno (1) o más factores de riesgo de CVD y un riesgo calculado de CVD a 10 años del 10% o más.

Los servicios preventivos adicionales incluyen, entre otros:

- Exámenes físicos anuales, uno (1) por año calendario.
- Materiales educativos o consultas de proveedores para promover una vida saludable.
- Exámenes de la vista periódicos de glaucoma para todos los miembros de treinta y cinco (35) años o más.
- Pruebas periódicas de detección en el laboratorio, incluyendo pruebas para determinar el metabolismo, la hemoglobina en sangre, el nivel de glucosa en sangre y el nivel de colesterol en sangre.
- Pruebas periódicas de detección radiológica.
- Medicamentos de venta libre y medicamentos con receta de un profesional/proveedor.
- Pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función arterial anormal para los miembros con diabetes o que tienen riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y son:
 - Hombres entre 45 y 76 años.
 - Mujeres entre 55 y 76 años.

Servicios preventivos específicos para mujeres:

- Detección de anemia de rutina.
- Bacteriuria u otras pruebas de detección de infecciones en el tracto urinario.
- Apoyo integral, suministros y orientación sobre amamantamiento.
- Suplementos de ácido fólico para miembros que pueden quedar embarazadas.
- Prevención de la preeclampsia.
- Prueba de hepatitis B para miembros embarazadas en su primera visita prenatal.
- Evaluación de osteoporosis.
- Análisis de incompatibilidad de RH y pruebas de seguimiento para miembros con mayor riesgo.
- Prueba de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluyendo las embarazadas o posparto según lo recomendado por la Iniciativa de Servicios Preventivos de la Mujer (HRSA).

Servicios preventivos para niños:

- Cuidado de bebés y niños sanos desde el nacimiento según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría.
- Medicamentos tópicos para los ojos, de uso profiláctico, para todos los recién nacidos para prevenir la oftalmia neonatal gonocócica.
- Evaluaciones de consumo de alcohol y drogas para adolescentes.
- Evaluación de autismo para niños.
- Evaluaciones de comportamiento para niños de todas las edades.
- Medición de la presión.
- Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas.
- Prueba de hipotiroidismo congénito para recién nacidos.
- Evaluación de depresión para adolescentes.
- Evaluación del desarrollo en niños menores de tres (3) años y seguimiento durante la infancia.
- Detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos.
- Suplementos de flúor para la quimioprevención en niños que no tienen flúor en su fuente de agua.
- Medicamentos preventivos para la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos hasta los 17 años.
- Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal para niños.
- Prueba de hematocrito o hemoglobina para niños.
- Hemoglobinopatías o pruebas de detección de células falciformes en recién nacidos.
- Prueba de hepatitis B.
- Pruebas de detección de VIH para adolescentes con mayor riesgo.
- Vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años – las dosis, edades y poblaciones recomendadas varían.
- Suplementos de hierro para niños de 6 - 12 meses con riesgo de anemia.
- Examen de detección de plomo para niños en riesgo de exposición.
- Historia médica para todos los niños a lo largo del desarrollo.
- Evaluación y orientación sobre obesidad.
- Evaluación de riesgos para la salud bucal de niños pequeños (recién nacidos a niños de 10 años).
- Prueba de detección de fenilcetonuria (PKU) para este trastorno genético en recién nacidos.
- Consejería sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y evaluación para adolescentes con mayor riesgo.
- Intervenciones sobre el consumo de tabaco.
- Pruebas de la tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis.
- Examen de la vista para todos los niños.
- Materiales educativos o consultas de proveedores para promover un estilo de vida saludable.
- Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo según lo especificado por un plan de servicios familiares individualizados de atención temprana.

Terapias complementarias

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están disponibles según la necesidad médica y son prestados por un quiropráctico autorizado en este estado. No están disponibles para la terapia de mantenimiento, como los ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- La subluxación debe documentarse mediante un examen quiropráctico y registrarse en la historia quiropráctica. No requerimos una prueba radiológica (rayos X) de subluxación para el tratamiento quiropráctico.

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

Servicios dentales (limitados)

Su plan incluye una red de dentistas contratados para que pueda cubrir sus necesidades dentales. No negamos a ningún dentista el derecho de participar como proveedor contratado ni autorizamos a ninguna persona a regular, interferir o intervenir en el diagnóstico o tratamiento dado por un dentista participante.

No requerimos que el dentista haga u obtenga radiografías dentales o cualquier otro método diagnóstico, pero pueden solicitarse para determinar los beneficios que deben pagarse.

Los dentistas que participan en la red reciben un reembolso basado en las tarifas habituales, acostumbradas y razonables, donde los proveedores reciben un reembolso según lo que los dentistas en el área generalmente cobran por el mismo servicio o uno similar. Si se requieren servicios de un dentista no contratado cuando un proveedor participante no está disponible dentro del área de servicio, el pago será igual o mayor que el que recibiría un dentista participante, pero no excederá la tarifa cobrada por el dentista por el servicio dental prestado.

Los servicios dentales de rutina pueden estar cubiertos solo para niños. Los servicios cubiertos según este Contrato incluyen, entre otros:

- Servicios para diagnosticar o prevenir la caries dental y otras enfermedades bucales.
 - Exámenes bucales (una vez cada seis (6) meses).
 - Radiografías de aleta de mordida (una vez cada seis (6) meses).
 - Radiografías panorámicas (una vez cada seis (6) meses).
 - Aplicación tópica de flúor.
 - Selladores dentales.
 - Espaciadores.
- Servicios para tratar enfermedades bucales, incluyendo servicios para:
 - Restaurar dientes con caries o fracturados.
 - Reparar dentaduras postizas o puentes.
 - Rebasar o reparar dentaduras postizas.
 - Reparar o volver a cementar puentes, coronas y onlays.
 - Quitar dientes naturales enfermos o dañados.
- Servicios y suministros para tratar enfermedades bucales, incluyendo servicios para:
 - Reemplazar dientes naturales perdidos por otros artificiales.
 - Quitar dientes naturales enfermos o dañados.

- Restaurar dientes con caries graves o fracturados.
- Ortodoncia médicamente necesaria.
- Anestesia para servicios dentales médicamente cubiertos prestados en un hospital.

Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales son servicios cubiertos independientemente de la edad.

Esta no es una lista exhaustiva de beneficios y los beneficios dentales requeridos por FEDVIP se dan a los niños hasta los 19 años.

Servicios para la diabetes

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

- Monitores de glucosa en sangre, incluyendo para personas legalmente ciegas, y tiras reactivas.
- Kits de emergencia de glucagón.
- Insulina, análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios asociados.
- Agentes orales con receta y agentes orales sin receta para monitorear los niveles de azúcar en sangre.
- Dispositivos de ayuda para la inyección, incluyendo los que se adaptan a las necesidades de las personas legalmente ciegas.
- Lanceta y dispositivos de lanceta.
- Dispositivos para podología para la prevención de complicaciones en los pies, incluyendo calzado ortopédico o de profundidad con plantilla extraíble, aparatos ortopédicos funcionales, insertos a medida, insertos de repuesto, dispositivos de prevención y modificaciones del calzado para la prevención y el tratamiento.
- Visitas al médico y atención de seguimiento después del diagnóstico.
- Capacitación en manejo propio, incluyendo terapia nutricional médica relacionada con el tratamiento de la diabetes, visitas médicamente necesarias después del diagnóstico de diabetes, visitas después de un diagnóstico médico que representa un cambio significativo en el paciente y visitas para reeducación.
- Jeringas.
- Interpretación de tiras de orina y cetonas.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas sobre estos requisitos llamando al 1-844-282-3025.

El Plan evaluará si se necesitan cambios en el *Formulario* o Contrato cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) apruebe equipos nuevos o mejorados. Esto puede incluir dispositivos nuevos o mejorados, medicamentos con receta, insulina o suministros para diabéticos. Comuníquese con el Plan o visite nuestro sitio web www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Los análisis de laboratorio, las radiografías y otros exámenes de diagnóstico son un servicio cubierto cuando son médicamente necesarios y se dan bajo la dirección de su proveedor, incluyendo, pero no limitado a:

- Análisis de sangre.
- Análisis de orina.
- Pruebas de patología.
- Estudios del sueño hechos en casa o en un laboratorio del sueño acreditado por la Comisión Conjunta o la Academia Americana de Medicina del Sueño (American Academy of Sleep Medicine, AASM).
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios de diagnóstico por imágenes.
- Mamografía de diagnóstico
 - El Plan cubre mamografías de diagnóstico cuando lo ordena un proveedor para evaluar los síntomas de los hallazgos de las mamas. Los servicios cubiertos incluyen mamografías de diagnóstico, ecografías mamarias, MRI de mamas y mamografías con contraste.
Estos servicios están sujetos al mismo deducible, coseguro y copago que se aplican a otras pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Electrocardiogramas (EKG), electroencefalogramas (EEG) y otros procedimientos de diagnóstico electrónico.
- CT, PET, MRI y colonoscopias por CT (colonoscopias virtuales).
- Pruebas genéticas y de biomarcadores para el cáncer
 - El Plan cubrirá las pruebas genéticas y de biomarcadores para el cáncer cuando lo ordene un médico para ayudar a guiar las decisiones de tratamiento. Esto incluye pruebas que identifican mutaciones genéticas específicas o marcadores tumorales que pueden ayudar a determinar qué terapias tienen más probabilidades de ser efectivas.
Las pruebas deben basarse en directrices aceptadas a nivel nacional y están sujetas a la necesidad médica. Cualquier deducible, copago o coseguro que se aplique a los servicios de laboratorio o de diagnóstico también se aplicará a estas pruebas.

Algunos servicios de diagnóstico requieren autorización previa. Consulte la sección de autorización previa para obtener más información.

Equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos, prótesis, reparación y reemplazo de equipos médicos duraderos, dispositivos protésicos y ortesis, y audífonos

Equipos médicos desechables

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

Equipo médico duradero

DME es un servicio cubierto cuando es médicamente necesario y tiene la autorización previa del Plan. El equipo debe ser necesario para el caso o el estado de salud de una persona.

La cobertura incluye el alquiler o la compra de DME, según nuestro criterio. Los ejemplos de DME incluyen, entre otros:

- Muletas.
- Camas de hospital.
- Equipos de oxígeno.
- Sillas de ruedas.
- Andador.
- Ventiladores y terapia escalonada.

Además de ser médicamente necesario y tener la autorización previa del Plan, el equipo médico duradero debe cumplir los siguientes criterios:

- Debe soportar el uso repetido.
- Debe por usarse por otras personas.
- Debe tener a un propósito médico.
- El equipo generalmente no es útil para una persona que no está enferma o lesionada.

Hay algunas exclusiones y limitaciones para la cobertura de DME:

- La cobertura de DME es solo para equipos médicamente apropiados y no incluye características especiales, actualizaciones o accesorios de equipos a menos que sea médicamente necesario.
- El Plan cubrirá el alquiler o la compra de DME médicamente necesario, incluyendo la reparación y el ajuste de DME. No cubriremos reparaciones que excedan el precio de compra.
- La reparación o el reemplazo de DME están cubiertos si son médicamente necesarios, según nuestro criterio, o por un cambio en la condición física o médica del miembro. La reparación de DME o dispositivos protésicos y ortesis que el miembro ya tenía y no se le suministraron mediante Plan pueden estar cubiertos, excepto como se define en la sección Suministros y tratamiento para la diabetes. La cobertura de estas reparaciones quedará a nuestro criterio.
- El Plan sigue las directrices establecidas por Medicare durante la vida útil de DME. Se espera que el equipo dure al menos 5 años.
- El reemplazo por pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción no está cubierto. El Plan tampoco cubrirá el reemplazo si el paciente vende o regala indebidamente el equipo.
- El Plan no cubre el reemplazo de DME únicamente por vencimiento de la garantía o por la disponibilidad de nuevos equipos mejorados. El Plan no cubre DME duplicados o adicionales para comodidad, conveniencia o viaje de los miembros.

Exención de ventiladores y terapia escalonada

Si su proveedor le receta un ventilador, este Plan no requerirá que pruebe primero un equipo alternativo (también llamado terapia escalonada) cuando su médico certifique que hacerlo sería inseguro o médicamente inapropiado. Esto incluye situaciones en las que retrasar el inicio del ventilador con receta podría causar daños graves o cuando las opciones alternativas están contraindicadas.

La cobertura está sujeta a la necesidad médica y al mismo deducible, coseguro o copago que se aplica a otros equipos médicos duraderos cubiertos.

Ortesis

Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Los aparatos ortopédicos incluyen muletas y otros dispositivos externos que se usan para corregir una función corporal, incluyendo el pie zambo. Los aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Las plantillas ortopédicas o los aparatos para calzado no están cubiertos, excepto para nuestros miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía significativa. Las ortesis de rodilla, tobillo y pie (knee-ankle-foot orthoses, KAFO) y las ortesis de tobillo y pie (ankle-foot orthoses, AFO) que se fabrican a medida están cubiertas para nuestros miembros según las directrices reconocidas a nivel nacional.

Dispositivos protésicos

Las prótesis internas o los aparatos y servicios médicos, y cualquier atención clínica necesaria y los dispositivos para extremidades y no extremidades, están cubiertos cuando los solicita un médico y los autorizamos previamente. Un miembro puede elegir un dispositivo protésico que tenga un precio más alto que el beneficio que debe pagarse y puede pagar la diferencia entre el precio del dispositivo y dicho beneficio, sin penalización económica o contractual para el proveedor.

Un aparato protésico externo (External Prosthetic Appliance, EPA) está cubierto con autorización previa y es médicamente necesario para el caso o el estado de salud de una persona. Los aparatos protésicos externos son sustitutos artificiales que se usan o se adhieren al exterior del cuerpo; se usan para reemplazar una parte faltante (como una pierna, un brazo o una mano); o son necesarios para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito. Cubriremos los aparatos protésicos externos que una persona necesite para hacer las actividades diarias. Los aparatos ortopédicos se consideran EPA. (Esto no incluye aparatos de ortodoncia).

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

- Este Plan cubrirá el reemplazo de EPA si es necesario por el crecimiento normal del cuerpo o por cambios debido a enfermedades o lesiones.
- Seguimos las directrices de Medicare para determinar la vida útil de EPA.
- El Plan cubre aparatos protésicos externos prefabricados, a menos que exista documentación clínica que respalde que un EPA personalizado es médicamente necesario. Esto incluye actualizaciones o accesorios que no tienen un propósito terapéutico.
- Los aparatos ortopédicos externos para participar en actividades recreativas o de ocio no están cubiertos.
- Los aparatos ortopédicos externos para practicar un deporte no están cubiertos.
- La reparación o el reemplazo de EPA están cubiertos si son médicamente necesarios según lo determine el Plan.
- La reparación o el reemplazo de EPA no están cubiertos por pérdida, robo o destrucción.
- El Plan no cubre EPA duplicados o adicionales para su conveniencia o comodidad.

Dispositivos médicos implantados

El Plan cubre dispositivos médicos implantados cuando son médicamente necesarios y los ordena un proveedor participante. Estos dispositivos incluyen, entre otros, marcapasos, articulaciones artificiales de cadera, implantes cocleares y stents coronarios. La cobertura consiste en dispositivos de ayuda internos permanentes o temporales y soportes para partes defectuosas del cuerpo. También cubriremos el costo de las reparaciones o el mantenimiento de los dispositivos cubiertos. Los servicios requieren autorización previa; consulte la sección de autorización previa para obtener más información.

Audífonos

El Plan cubre audífonos y ciertos servicios relacionados. Los servicios incluyen tarifas por recetas y ajuste, y moldes para audífonos, según sea necesario, para mantener un ajuste óptimo de los audífonos; cualquier tratamiento relacionado con audífonos, incluyendo la cobertura de habilitación y rehabilitación, según sea necesario, para obtener beneficios de educación. Audífono se refiere a un equipo médico duradero que tiene un diseño y circuitos para optimizar la audibilidad y las competencias auditivas. Los servicios deben ser prestados por un audiólogo, un profesional especializado en audífonos o un médico. Este beneficio está limitado a un (1) audífono en cada oído por tres (3) años.

Los implantes cocleares necesarios médica o audiológicamente para cada oído con reemplazo interno están cubiertos por este Plan. Los servicios incluyen servicios de receta y ajuste, tratamiento para habilitación y rehabilitación, y procesador y controlador de voz externo con el componente necesario y reemplazo cada tres (3) años.

Los miembros de 18 años o más tienen la opción de elegir un audífono con un precio más alto que el beneficio del Plan, pagando la diferencia. La persona cubierta deberá pagar cualquier diferencia sobre la cantidad permitida al proveedor.

Errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM)

Un error genético congénito se refiere a una enfermedad causada por una anomalía heredada en la bioquímica del organismo que está presente al nacer y puede causar la muerte si no se trata, e incluye las siguientes enfermedades: Aciduria glutárica, acidemia isovalérica, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, acidemia metilmalónica, fenilcetonuria, acidemia propiónica, tirosinemia y defectos del ciclo de la urea. Los errores innatos o genéticos del metabolismo son condiciones genéticas que causan problemas en el metabolismo. La mayoría de las personas con trastornos metabólicos hereditarios tienen un gen defectuoso que resulta en una deficiencia de enzimas. Hay muchos trastornos metabólicos diferentes, pero cada trastorno suele ser raro en la población general. Los trastornos metabólicos hereditarios están presentes al nacer.

Servicios cubiertos para errores genéticos congénitos del metabolismo

Los servicios cubiertos para errores genéticos congénitos del metabolismo incluyen el tratamiento de errores genéticos congénitos del metabolismo que involucran el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos y grasas para los que existen métodos médicamente estándar de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. Dichos tratamientos incluyen dietas especiales que eliminan o reemplazan ciertos nutrientes, terapia de reemplazo de enzimas u otros suplementos para apoyar el metabolismo, tratamiento de la sangre para eliminar productos tóxicos del metabolismo, servicios clínicos, análisis bioquímicos, suministros médicos, medicamentos con

recetas y lentes correctivos para condiciones relacionadas con el error genético congénito del metabolismo.

Un error congénito del metabolismo no solo incluye la alergia o intolerancia a ciertas comidas, como la intolerancia a la lactosa o la sensibilidad al gluten.

Los servicios cubiertos bajo esta sección deben ser prestados por proveedores con capacitación específica en el manejo de pacientes diagnosticados con errores genéticos congénitos del metabolismo, el diagnóstico, el monitoreo y el control de trastornos mediante evaluación nutricional y médica.

Comidas especiales para errores genéticos congénitos del metabolismo

El Plan cubrirá comidas especiales para tratar errores congénitos del metabolismo. Las comidas especiales incluyen sustancias nutricionales que:

- Ayudan al manejo médico y nutricional de un paciente con capacidad limitada para metabolizar comidas regulares.
- Están específicamente procesados o formulados para diferir en uno o más nutrientes presentes en las comidas naturales.
- Están formuladas para ser consumidos o administrados por vía interna.
- Son esenciales para un crecimiento óptimo, la salud y la homeostasis metabólica.

Las comidas especiales deben obtenerse de un proveedor o proveedor participante del Plan y deben ser indicadas por un médico para el tratamiento de un error congénito del metabolismo. Cubrimos las fórmulas necesarias para tratar la fenilcetonuria o una enfermedad hereditaria en la misma medida en que damos cobertura para medicamentos que están disponibles solo con receta.

Servicios de habilitación

Los servicios y dispositivos de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las competencias y las funciones de la vida diaria. Dichas funciones pueden incluir comer y bañarse. El Plan cubre servicios de habilitación como fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades.

Trastorno del espectro autista

“Trastorno del espectro autista” se refiere a un trastorno neurobiológico que incluye autismo, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera.

La cobertura incluye evaluaciones para bebés y niños sanos, entre 18 y 24 meses, para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista, y el tratamiento del trastorno del espectro autista mediante terapia del habla, ocupacional y física y análisis conductual aplicado. Los proveedores de estos servicios deben estar certificados, registrados o autorizados para prestar dichos servicios. Además, los proveedores deben ser reconocidos y aceptados por una agencia apropiada de los Estados Unidos o certificados como proveedores bajo el sistema de salud militar TRICARE, o actuar bajo la supervisión de dicho proveedor.

La cobertura se limita a todos los servicios generalmente reconocidos en el plan de tratamiento según lo indicado por el médico de atención primaria del miembro. Los servicios generalmente

reconocidos pueden incluir (1) servicios de evaluación y diagnóstico; (2) análisis conductual aplicado; (3) capacitación y manejo del comportamiento; (4) terapia del habla; (5) terapia ocupacional; (6) fisioterapia; (7) atención psicológica y psiquiátrica o (8) medicamentos o suplementos nutricionales usados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista. Es posible que el Plan deba autorizar previamente algunos servicios.

Servicios de atención médica en casa

Los servicios de atención en casa médicamente necesarios están cubiertos bajo ciertas condiciones. Debe estar confinado en su casa, requerir atención especializada y no poder recibir atención médica de forma ambulatoria. No es necesario que esté confinado en un hospital u otro centro de atención médica. Los servicios de atención en casa deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado. La cobertura está limitada bajo este Plan. Revise su *Programa de beneficios* para obtener más información.

Los servicios de atención en casa pueden incluir:

- Visitas de enfermeros profesionales, incluyendo, entre otras, enfermeros registrados, enfermeros profesionales autorizados y otros profesionales médicos participantes, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, logopeda, asistentes médicos en casa, trabajadores sociales y dietistas.
- La administración o el uso de suministros médicos desechables y DME por el personal profesional durante una visita de atención en casa autorizada.
- Terapia de infusión en casa.
- Medicamentos cubiertos y medicamentos con receta de un proveedor participante durante los servicios de atención en casa.

La fisioterapia, terapia ocupacional, respiratoria y del habla dada en casa estará cubierta por el Plan. Estos se limitan a los servicios prestados por orden escrita de un proveedor, siempre que la orden se renueve al menos cada sesenta (60) días.

Servicios en el hospital para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los servicios en el hospital para pacientes hospitalizados cuando sean médicamente necesarios. Los servicios incluyen el tratamiento y la evaluación de condiciones para las que la atención ambulatoria no sería apropiada.

Los servicios en el hospital para pacientes hospitalizados incluyen:

- Comida y alojamiento en habitación semiprivada.
- Uso de los servicios de la unidad de cuidados intensivos.
- Pruebas previas a la admisión.
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos y quimioterapia.
- Comidas.
- Dieta especial y suplementos nutricionales médicamente necesarios.
- Vendajes y yesos.
- Atención de enfermería general médicamente necesaria y enfermería de servicio especial.
- Uso del quirófano y los centros relacionados
- Sangre total y sus derivados, incluyendo el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma que no sean reemplazados por o para el miembro.
- Administración de sangre total y plasma sanguíneo.

- Radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
- Servicios de anestesia y oxígeno.
- Terapia con inhaladores (terapia respiratoria).
- Radioterapia.
- Otros servicios prestados en un hospital de cuidados intensivos.

Los servicios de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados

El Plan cubre hospitalizaciones por cuidados intensivos a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC), cuando sean médicamente necesarias. Los hospitales de LTAC dan atención a los miembros que requieren atención en el hospital a largo plazo por condiciones complejas que no se pueden tratar en un centro con un nivel de atención más bajo. LTAC puede incluir atención pulmonar, cuidado avanzado de heridas y servicios de terapia intensiva.

Los servicios que están cubiertos por el Plan incluyen:

- Análisis de laboratorio.
- Terapia respiratoria.
- Tres (3) o más antibióticos por vía intravenosa, otros medicamentos intravenosos, NPT y líquidos intravenosos.
- Manejo del dolor.
- Rehabilitación limitada, incluyendo fisioterapia, terapia ocupacional, cognitiva y del habla.
- Chequeos frecuentes de signos vitales, signos neurológicos o vasculares.
- Monitorización del corazón.
- Monitoreo de medicamentos.
- Manejo de la nutrición.
- Manejo de líquidos, ingresos y egresos de fluidos, y peso diario.
- Educación para el paciente, la familia o los cuidadores del paciente.

Los servicios de cuidados intensivos a largo plazo para pacientes hospitalizados requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Servicios de atención prestados por un médico para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados prestados por un médico u otros profesionales médicos. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios de atención prestados por un médico para pacientes hospitalizados incluyen servicios prestados, indicados o supervisados por médicos u otros profesionales médicos, que incluyen servicios de:

- Diagnóstico.
- Terapia.
- Médico.
- Cirugía.
- Prevención.
- Remisión.
- Consulta médica.

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación para pacientes agudos. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Estos servicios también son servicios cubiertos para niños con retrasos en el desarrollo e incluyen evaluaciones y servicios de terapia ocupacional, evaluaciones y servicios de fisioterapia, evaluaciones y servicios de terapia del habla y evaluaciones dietéticas o nutricionales.

Los servicios deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado e incluyen lo siguiente:

- Comida y alojamiento en habitación semiprivada.
- Servicios prestados médicos.
- Servicios de enfermería especializada.
- Servicios de terapia especializada (PT/OT/ST).
- Servicios de equipo multidisciplinario (dietista, servicios de MSW).
- Medicamentos, productos biológicos, líquidos.
- Comidas, incluyendo dieta y suplementos nutricionales médicamente necesarios.
- Radiografías, análisis de laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
- Terapia con oxígeno e inhaladores (servicios de terapia respiratoria).

Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Servicios de interpretación para personas sordas y con dificultades auditivas

Incluye la cobertura de los gastos incurridos por cualquier miembro sordo o con dificultades auditivas por servicios prestados por un intérprete/transliterador calificado, que no sea un familiar del miembro, cuando dichos servicios son usados por el miembro en relación con un tratamiento médico o consultas de diagnóstico hechas por un proveedor de atención médica.

Oxigenoterapia hiperbárica

La oxigenoterapia hiperbárica es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una condición reconocida como una de las indicaciones aceptadas, según lo definido por el Comité de Oxigenoterapia Hiperbárica de la Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS). La oxigenoterapia hiperbárica está excluida para cualquier otra condición. La oxigenoterapia hiperbárica requiere autorización previa y los servicios deben ser prestados por un proveedor participante para estar cubiertos.

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

Servicios de abuso de alcohol y sustancias

El Plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias, que incluye trastornos por abuso de alcohol y drogas en un hospital o de manera ambulatoria.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización para desintoxicación de alcohol y abuso de sustancias, hospitalización parcial. Los servicios para pacientes hospitalizados requieren autorización previa y todos los servicios deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado.

Los servicios ambulatorios incluyen evaluación, desintoxicación de manera ambulatoria, terapia y consejería individual, familiar o de pareja, programa ambulatorio intensivo (intensive outpatient program, IOP), terapia de grupo, y administración de medicamentos de un proveedor autorizado y calificado.

Tratamiento de salud conductual

El Plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de trastornos de conducta o trastornos de enfermedades mentales en un hospital o de manera ambulatoria.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización y terapia electroconvulsiva (ECT). Los servicios para pacientes hospitalizados y ECT requieren autorización previa y deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado. La estancia continua debe cumplir los criterios de necesidad médica y los requisitos de la ley estatal aplicable.

Los servicios ambulatorios incluyen evaluación, terapia y consejería individual, grupal, familiar o de pareja, programa ambulatorio intensivo (IOP), terapia electroconvulsiva (ECT) y administración de medicamentos. Todos los servicios deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado.

Apoyo nutricional y suplementos

Este Plan cubrirá los siguientes suplementos nutricionales con receta de un proveedor autorizado y calificado:

- Suplementos nutricionales para la atención prenatal de una miembro embarazada.
- Suplementos nutricionales cuando sea médicamente necesario para reemplazar una deficiencia documentada específica.
- Suplementos nutricionales cuando sea médicamente necesario y administrados por inyección en el consultorio del proveedor.
- Fórmulas o productos enterales, como apoyo nutricional, cuando se administran por sonda.
- Nutrición parenteral total (Total Parental Nutrition, TPN) mediante catéteres intravenosos en venas centrales o periféricas.
- Comidas especiales como se mencionan en la sección Beneficios de IEM de esta póliza.

Algunos apoyos nutricionales y suplementos requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Evaluación nutricional

El Plan cubre evaluaciones dietéticas y orientación para el manejo médico de una enfermedad documentada. Esto incluye cobertura por obesidad. Estos servicios deben obtenerse de un proveedor autorizado y calificado o de un dietista registrado. Consulte la sección Exclusiones de este Contrato para obtener más información.

Tumores irresecables o metastásicos

El Plan cubre tumores metastásicos, irresecables u otros cánceres avanzados con un medicamento médicamente necesario indicado por un médico si el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento de la

mutación específica del cáncer del paciente, incluso si el tratamiento es para un tipo diferente de tumor. La cobertura se incluye por un período de tratamiento inicial de tres (3) meses. La cobertura continuará después del período de tratamiento inicial, si el médico tratante certifica que el medicamento es médicamente necesario según la mejora documentada del paciente.

Quimioterapia oral

El Plan cubre un medicamento contra el cáncer con receta y administrado por vía oral, usado para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas con los mismos términos de cobertura que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o por inyección que son servicios cubiertos. Se requiere autorización previa.

Cirugía bucal

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

- Extirpación de tumores o quistes (excluyendo quistes odontogénicos) de los maxilares, encías, mejillas, labios, lengua, parte superior e inferior de la boca.
- Extracción de dientes impactados.
- Cuidado y tratamiento dental, incluyendo la cirugía y los aparatos dentales necesarios para corregir lesiones accidentales en las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, parte superior e inferior de la boca y de dientes naturales sanos. (En esta sección, se consideran dientes naturales sanos a los dientes con fundas, coronas o que está unidos a un puente mediante una corona o funda, y pueden tener empastes o un tratamiento de conducto).
- Extirpación de exostosis o torus mandibulares y paladar duro.
- Incisión y drenaje de absceso y tratamiento de la celulitis.
- Incisión de los senos paranasales, las glándulas salivales y los conductos salivales.
- Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados arriba cuando los presta un cirujano bucal.
- Anestesia para los servicios o procedimientos mencionados arriba cuando los presta un dentista que tiene todos los permisos o capacitación requeridos para administrar dicha anestesia.
- Anestesia cuando se administra en un hospital y para cargos de hospital asociados cuando la condición mental o física de un miembro requiere que el tratamiento dental se preste en un hospital. Los beneficios de la anestesia no están disponibles para el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ).
- Los beneficios están disponibles para servicios dentales que no están cubiertos por el Plan, cuando se requieren específicamente para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los beneficios se limitan a la preparación o el seguimiento de la radioterapia que incluye la boca.

Servicios médicos para pacientes ambulatorios

El Plan cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios o en el hospital para pacientes ambulatorios. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y los debe indicar su proveedor de atención primaria o profesional de atención médica tratante. Los servicios se pueden prestar en un hospital, un consultorio médico o cualquier otro centro autorizado. El proveedor que presta los servicios debe tener licencia para ejercer, y debe hacerlo bajo la autoridad del plan de atención médica, de un grupo médico, de una asociación de práctica independiente u otra autoridad, según lo disponga la ley estatal.

Los procedimientos y servicios quirúrgicos ambulatorios o en el hospital para pacientes ambulatorios pueden incluir:

- Servicios prestados por médicos de atención primaria y especialistas.
- Servicios ambulatorios de otros proveedores.
- Pruebas previas a la admisión.
- Servicios de diagnóstico, incluyendo análisis de laboratorio, servicios de radiología y de diagnóstico por imágenes.
- Servicios de radiología terapéutica.
- Servicios prenatales.
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.
- Servicios de atención en casa, según lo recete o indique el médico responsable u otra autoridad designada por el Plan.
- Servicios preventivos requeridos por la ley, incluyendo ciertos exámenes médicos periódicos para adultos, vacunas para niños, cuidado de niños sanos desde el nacimiento, examen de detección de cáncer relacionado con mamografías, cáncer de próstata o cáncer colorrectal, exámenes de los ojos y oídos para niños hasta los 17 años y vacunas para adultos.
- Tratamiento para PKU y otros trastornos genéticos.
- Visitas de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Servicios de emergencia
- Servicios médicos y de cirujanos.
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología.
- Pruebas prequirúrgicas.
- Sangre total, incluyendo el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma que no sean reemplazados por o para el miembro.
- Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos.
- Vendajes, yesos y bandejas estériles.
- Suministros médicos.
- Enfermería privada.
- Servicios en el hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo servicios de tratamiento, servicios de cirugía ambulatoria, servicios de diagnóstico (incluyendo servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes).
- Servicios de anestesia.
- Exámenes de diagnóstico del COVID-19, pruebas de anticuerpos y medicamentos antivirales cuando lo ordene un médico.

Algunos servicios ambulatorios o en el hospital para pacientes ambulatorios requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Servicios de médicos/proveedores

Los servicios de médicos/proveedores son servicios que se requieren razonablemente para mantener una buena salud. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes periódicos y visitas en el consultorio.

Visitas en el consultorio médico

El Plan cubrirá los servicios de atención primaria y de especialistas para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Las visitas en el consultorio del médico de atención primaria y a especialistas no están sujetas al deducible, excepto en los siguientes casos:

- Quimioterapia en el consultorio de un médico.
- Otros elementos indicados en su *Resumen de beneficios y cobertura*.

Tratamiento de la alergia

Se da cobertura para consultas, pruebas, tratamiento e inyecciones para alergias, dados por un especialista en alergias o inmunólogo.

Segundas opiniones

Se pueden obtener segundas opiniones de proveedores participantes dentro de la red sin necesidad de autorización previa. Si determinamos, en consulta con un proveedor participante, que una segunda opinión no está disponible en la red, la cobertura se limita a una (1) consulta fuera de la red por diagnóstico. Una segunda opinión fuera de la red requiere nuestra autorización previa.

Medicamentos con receta/Medicación

El Plan dará cobertura para medicamentos, suministros, suplementos y administración de un medicamento (si dichos servicios no estarían excluidos de la cobertura) cuando los recete un proveedor autorizado y calificado y se obtengan en una farmacia o mediante el programa de pedidos por correo del Plan. La cobertura de medicamentos con receta incluye medicamentos genéricos, de marca o no preferidos.

Usamos un *Formulario*, que es una lista de medicamentos con receta e infusiones intravenosas cubiertos por el Plan. El *Formulario* incluye medicamentos para diferentes estados de enfermedad y condiciones. El *Formulario* se actualiza periódicamente. Puede ver el *Formulario* en línea en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 y preguntar por un proveedor participante. Generalmente, el *Formulario* se revisa y actualiza para garantizar que se usen las terapias farmacológicas más actuales y clínicamente apropiadas. Cualquier medicamento o infusión intravenosa que esté en el *Formulario* cuando comience el plan, estará disponible para usted hasta que finalice su contrato. Antes de un cambio en la cobertura de un medicamento con receta o infusión intravenosa específica para el que el miembro recibió cobertura durante al menos los sesenta (60) días anteriores, el Plan dará un aviso del cambio propuesto con no menos de sesenta (60) días de antelación a la fecha de entrada en vigor del cambio. Además, el miembro tiene derecho a apelar el cambio propuesto durante el período de aviso de sesenta (60) días.

A veces, es médicamente necesario que un miembro use un medicamento o infusiones intravenosas que no están en el *Formulario*. Cuando esto ocurre, el médico que receta puede solicitar una excepción para la cobertura mediante el Centro de Excepciones de Farmacia del Plan. Además, algunos de los medicamentos del *Formulario* e infusiones intravenosas pueden requerir una autorización previa, un requisito de terapia escalonada o pueden tener límites de cantidad antes de la cobertura. Consulte la sección Exclusiones para obtener más información sobre los medicamentos con receta que no están cubiertos. Si tiene preguntas sobre el

Formulario o sobre sus beneficios de medicamentos con receta, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Puede encontrar más información sobre sus costos compartidos de medicamentos con receta, incluyendo copagos, límites de bolsillo, limitaciones y exclusiones, en el *Programa de beneficios*. La información sobre el programa de pedidos por correo está en <https://www.christushealthplan.org/member-resources/pharmacy>.

Cualquier impuesto sobre las ventas aplicable a los medicamentos con receta se incluirá en el costo de los mismos para determinar el coseguro del miembro y nuestra responsabilidad financiera. Cubriremos el costo del impuesto sobre las ventas aplicable a los medicamentos con receta elegibles, a menos que el costo total de dichos medicamentos sea menor que el copago del miembro, en ese caso, el miembro debe pagar el costo de los medicamentos con receta y el impuesto sobre las ventas.

El protocolo de terapia escalonada cumple todos los requisitos obligatorios, incluyendo la comunicación del proceso para solicitudes de excepción y la información sobre sus derechos de apelación rápida ante una determinación adversa y derechos de revisión externa para denegaciones de dichas solicitudes. La aprobación o denegación acelerada de una solicitud de anulación del protocolo de falla primero de la terapia escalonada se determinará dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a su recepción. Si existen circunstancias excepcionales, se completará una aprobación o denegación dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción. Si el plan médico no cumple los plazos provistos, la solicitud de anulación se considerará aprobada.

Se anulará rápidamente el protocolo de terapia escalonada si el proveedor, usando evidencia clínica sólida, puede demostrar cualquiera de los siguientes:

- El tratamiento preferido requerido bajo el protocolo de terapia escalonada o de “falla primero” resultó ineficaz para el tratamiento de la enfermedad o condición médica del paciente.
- El paciente probó el medicamento con receta requerido mientras estaba bajo su seguro médico o plan de cobertura médica actual o anterior, u otro medicamento con receta en la misma clase farmacológica o con el mismo mecanismo de acción, y el medicamento con receta se suspendió por falta de eficacia o efectividad, efecto disminuido o un evento adverso.
- Se espera razonablemente que el tratamiento preferido requerido bajo el protocolo de terapia escalonada o de “falla primero” sea ineficaz según las características físicas o mentales relevantes y conocidas, la historia médica del paciente y las características conocidas del régimen farmacológico.
- El tratamiento preferido requerido bajo el protocolo de terapia escalonada o de “falla primero” está contraindicado o probablemente causará una reacción adversa o daño físico o mental al paciente.
- El paciente recibe un resultado terapéutico positivo con un medicamento con receta para la condición médica en cuestión si, mientras estaba cubierto por su plan médico actual o por el plan médico inmediatamente anterior, el paciente recibió cobertura para dicho medicamento con receta.
- El medicamento con receta requerido no es lo mejor para el paciente según la necesidad médica, como lo muestra la documentación válida presentada por el proveedor.

Si se deniega el medicamento, el miembro y el profesional que receta recibirán el motivo de la denegación, un medicamento cubierto alternativo e información sobre el procedimiento para apelar la denegación, si corresponde.

La aprobación de una terapia escalonada o una solicitud de anulación del protocolo de falla primero incluirá una autorización clara de cobertura para el medicamento con receta del proveedor del paciente, siempre que el medicamento esté cubierto por el plan médico.

La denegación de una terapia escalonada o una solicitud de anulación del protocolo de falla primero no se considerará una determinación adversa final y será elegible para una apelación de la determinación de cobertura.

No se requieren protocolos de terapia escalonada o de “falla primero” para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en etapa cuatro (4) o condiciones asociadas si se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- El medicamento con receta o el régimen de medicamentos tiene la indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
- El medicamento con receta o el régimen de medicamentos tiene la indicación incluida en el Compendio de Medicamentos y Productos Biológicos de la Red Nacional Integral del Cáncer.
- El medicamento con receta o el régimen de medicamentos está respaldado por literatura médica revisada por pares y basada en evidencia.

Algunos medicamentos con receta pueden estar limitados a una farmacia especializada o a una farmacia específica según la aprobación de la FDA. El costo compartido de los medicamentos especializados está limitado a \$150 por receta para un suministro estándar de 30 días. Estos medicamentos se indicarán en el *Formulario* con dichas limitaciones.

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

Usted debe pagar sus medicamentos con receta cubiertos según el que resulte menor entre:

- el copago;
- la cantidad de reclamo permitido para el medicamento con receta; o
- la cantidad que pagaría por el medicamento con receta si comprara el medicamento sin usar su cobertura médica.

Si recibe un suministro parcial de un medicamento con receta de su farmacia, la cantidad del costo compartido se prorrateará según la cantidad de días de suministro realmente dispensados. Si necesita gotas para los ojos para tratar una enfermedad o condición crónica de los ojos, es posible que le vuelvan a surtir dichas gotas el último día del período de dosificación indicado o antes y:

- no antes del día 21 después de la fecha en que se dispensa una receta para un suministro de gotas para 30 días.

- no antes del día 42 después de la fecha en que se dispensa una receta para un suministro de gotas para 60 días.
- no antes del día 63 después de la fecha en que se dispensa una receta para un suministro de gotas para 90 días.

Implementamos un plan de sincronización de medicamentos. Este plan tiene el objetivo de sincronizar el surtido o resurtido de múltiples recetas.

Las cantidades de costos compartidos del Plan pueden resultar en una carga excesiva de costos para el consumidor de los medicamentos con receta cubiertos. *La carga excesiva de costos para el consumidor* se refiere a la cantidad que un miembro paga por un medicamento con receta cubierto y que supera la cantidad que el Plan paga, o que pagaría sin los costos compartidos de los miembros, después de considerar el cálculo del Plan de al menos el cincuenta por ciento de los pagos de reembolso futuros correspondientes al reclamo de medicamentos con receta en el punto de venta real del miembro.

Cirugía reconstructiva

El Plan cubrirá los servicios médicamente necesarios para cirugías de las que razonablemente se puede esperar una mejora en la función fisiológica y que se hacen para la corrección de trastornos funcionales que resultan de lesiones accidentales o de defectos o enfermedades congénitas.

Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales

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

Terapia de rehabilitación

La terapia de rehabilitación incluye fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia cardíaca y pulmonar. Estas terapias están cubiertas por el Plan cuando se determina que se puede esperar que resulten en una mejora significativa de la condición física de un miembro. Estos servicios pueden ser necesarios como resultado de una lesión, cirugía o una condición médica aguda. La terapia ocupacional relacionada sirve para capacitar a los miembros para hacer las actividades de la vida diaria.

Atención en un centro de enfermería especializada

Los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada están cubiertos por su Plan. Estos servicios deben ser médicamente necesarios, tener autorización previa y ser prestados por un proveedor autorizado y calificado. Los servicios cubiertos son limitados, como se indica en el *Programa de beneficios* e incluyen:

- Comida y alojamiento en habitación semiprivada.
- Servicios de enfermería especializada y general.
- Visitas con el médico.
- Terapia de rehabilitación limitada.
- Radiografías; y

- Administración de medicamentos cubiertos, medicamentos, productos biológicos y líquidos.

Consejería/Programa para dejar de fumar

Servicios de diagnóstico y consejería para dejar de fumar, como se explica abajo, y ciertos medicamentos para dejar de fumar como se indica en el *formulario*.

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

La orientación en grupo, incluyendo clases o una línea telefónica para dejar de fumar, está cubierto por un proveedor participante. No se aplica ningún costo compartido y no hay límites en dólares ni máximos de visitas.

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

Trasplantes

El Plan cubrirá los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cuando se autorice previamente y los servicios se reciban de centros aprobadas por el Plan dentro de los Estados Unidos.

El receptor de un trasplante de órganos debe ser miembro en el momento de los servicios.

El término receptor se define para incluir a un miembro que recibe servicios autorizados relacionados con el trasplante durante cualquiera de los siguientes: (a) evaluación, (b) elegibilidad, (c) evento de trasplante o (d) atención posterior al trasplante. La cobertura está sujeta a las condiciones y limitaciones descritas en este Contrato.

Definición de servicios de trasplante

Los servicios de trasplante incluyen servicios médicos, quirúrgicos y de hospital para el receptor. Este Plan también cubre la obtención de órganos necesarios para el trasplante de órganos, huesos o tejidos de persona a persona.

Los tipos de trasplantes de órganos humanos sólidos cubiertos incluyen, entre otros, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado, algunos procedimientos de trasplante de intestino, páncreas y otros procedimientos de trasplante de órganos sólidos que determinemos que son una práctica estándar y efectiva, y que la literatura revisada por pares y por otros recursos usados para evaluar nuevos procedimientos hayan reconocido como procedimientos efectivos. Estos casos de órganos sólidos se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejidos cubiertos incluyen, entre otros, transfusiones de sangre, trasplantes autólogos de paratiroides, trasplantes de córnea, injertos de hueso y cartílago, injertos de piel, trasplantes autólogos de islotes pancreáticos y otros procedimientos de trasplante de tejidos que determinamos que son una práctica estándar y efectiva, y que la literatura revisada por pares y por otros recursos usados para evaluar nuevos procedimientos hayan reconocido como procedimientos efectivos. Estos procedimientos de trasplante de tejido se determinarán caso por caso.

Los tipos de trasplantes de tejido cubiertos incluyen, entre otros, trasplantes alogénicos, autólogos y singénicos de médula ósea, incluyendo trasplantes en tándem, mini trasplantes (trasplante ligero) e infusiones de linfocitos de un donante. También se cubren otros procedimientos de trasplante de médula ósea que determinamos que son una práctica estándar y efectiva, y que la literatura revisada por pares y por otros recursos usados para evaluar nuevos procedimientos hayan reconocido como procedimientos efectivos. Estos procedimientos de trasplante de médula ósea se determinarán caso por caso.

Autorización previa

Los servicios de trasplante deben ser autorizados previamente por el Plan. La autorización previa se basa en una evaluación hecha por un centro de trasplantes aprobado por el Plan y en las directrices médicas relevantes basadas en evidencia.

Un miembro puede solicitar una autorización al plan médico para una doble inscripción en la lista de trasplantes. La segunda inscripción debe hacerse dentro de una Organización de Obtención de Órganos separada o diferente. Aunque se autoriza la doble inscripción, el pago se hará a un solo (1) centro para el evento de trasplante real.

Costos de obtención de órganos

El Plan cubrirá los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano de una persona fallecida o de un donante vivo. La cirugía necesaria para la extirpación de órganos, el traslado y transporte de órganos, la hospitalización y la cirugía de un donante vivo también están cubiertos por el Plan. Las pruebas de compatibilidad que se hacen antes de la adquisición están cubiertas si el Plan determina que son médicamente necesarias.

Traslado de trasplantes

Los gastos de viaje incurridos en relación con un trasplante aprobado previamente están cubiertos hasta \$10,000 de por vida. Los beneficios para transporte, alojamiento y comida están disponibles únicamente para los miembros que sean receptores de un trasplante de órgano o tejido aprobado previamente y hecho por un proveedor aprobado por el Plan. El traslado debe ser autorizado previamente por el Plan.

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

- Transporte de ida y vuelta al lugar del trasplante, incluyendo cargos por automóvil de alquiler usado durante un período de atención en el centro de trasplante.
- Alojamiento mientras está o viaja de ida y vuelta al lugar del trasplante.
- Comida mientras está o viaja de ida y vuelta al lugar del trasplante.

El Plan también cubrirá los gastos de viaje de un (1) acompañante para permanezca con el paciente como se describe arriba. A los pacientes menores de edad se les permiten beneficios de traslado para ellos, uno o ambos padres, o uno de los padres y un acompañante designado. Un compañero puede ser un cónyuge, un familiar, un tutor legal o cualquier persona no relacionada con el miembro pero que participe activamente en el cuidado del miembro.

Los siguientes gastos de viaje están excluidos de la cobertura:

- Gastos de viaje incurridos dentro de las sesenta (60) millas de la casa del miembro.

- Facturas de lavandería.
- Facturas telefónicas.
- Alcohol o productos de tabaco.
- Cargos de transporte que exceden las tarifas de clase turista.

Medicamentos inmunosupresores para trasplantes de órganos

El Plan cubrirá medicamentos inmunosupresores para pacientes hospitalizados para procedimientos de trasplante de órganos, tejidos y médula ósea. Los medicamentos con receta pueden estar cubiertos. Consulte Su *Programa de beneficios* para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos con receta.

Cuidado de la vista (pediátrico)

Este plan sigue el FEDVIP 2014 Vision Benefit Plan

- Un examen de la vista de bienestar cada doce (12) meses.
- Un par de anteojos (monturas y lentes) o lentes de contacto, en lugar de anteojos, cada doce (12) meses.
 - Elección de lentes de vidrio o plástico, lentes lenticulares, tintes de moda y degradados, recubrimiento protector ultravioleta, lentes de sol con receta de gran tamaño y en tono gris vidrio #3, lentes de policarbonato, recubrimiento resistente a rayaduras y beneficios de baja visión.
 - Reparaciones menores en anteojos, cubiertas totalmente.
 - Lentes y montura de repuesto, cubiertas totalmente.
- Una evaluación integral de la baja visión cada cinco (5) años, incluyendo ayudas para la baja visión y cuatro (4) visitas de seguimiento.

Atención médica de la mujer

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

El Plan cubre ciertos servicios relacionados con la atención médica de la mujer. Algunos servicios cubiertos son:

- Atención prenatal, incluyendo suplementos nutricionales que son médicamente necesarios y están indicados por un médico.
- Mamografías, o ecografías mamarias, para la detección y el diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía de dosis bajas, incluyendo la mamografía digital y la tomosíntesis mamaria, hechos en un centro de diagnóstico por imágenes designado. Como mínimo, el Plan cubrirá una (1) mamografía anual para personas de treinta y cinco (35) años o más; y, para mujeres con susceptibilidad hereditaria por ser portadoras de mutaciones patógenas o con historia de radiación previa en la pared torácica, una resonancia magnética anual a partir de los veinticinco (25) años y una mamografía anual a partir de los treinta (30) años. Mamografía anual (modalidad preferida DBT) y acceso a imágenes complementarias a partir de los treinta y cinco (35) años por recomendación de su médico si la mujer tiene un riesgo de por vida previsto superior al veinte por ciento, según cualquier modelo validado publicado en la literatura médica revisada por pares. Orientación sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo.

- Evaluación citológica (prueba de Papanicolaou) que incluye un prueba del virus del papiloma para determinar la presencia de condiciones precancerosas o cancerosas y otros problemas médicos, incluyendo el análisis de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más y para mujeres que están en riesgo de cáncer o en riesgo de otras condiciones médicas que pueden identificarse en una evaluación citológica.
- Vacuna contra el virus del papiloma humano disponible para mujeres miembros de nueve (9) a catorce (14) años.
- Pruebas genéticas de cáncer de mama y ovario (BRCA1 y BRCA2) y consejería genética basada en la historia familiar.
- Evaluación de diabetes gestacional.
- Orientación y prueba de detección de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Detección y consejería para violencia y abuso interpersonal y doméstico.
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención en el hospital después de una mastectomía y veinticuatro (24) horas de atención en el hospital después de la disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama.
- Servicios relacionados con la mastectomía que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo linfedema, mastectomías profilácticas contralaterales y una mastectomía parcial (una mastectomía unilateral o bilateral completa según lo elijan el paciente y el médico), acceso directo a atención obstétrica y ginecológica calificada para miembros mujeres.
- Diagnóstico por imágenes, ya sea una mamografía de diagnóstico o una ecografía mamaria, para evaluar una anomalía del cáncer de mama.
- La cobertura para el diagnóstico por imágenes se da al mismo nivel de cobertura que el examen mínimo de mamografía.

Atención de maternidad

La atención de maternidad está cubierta como se muestra en su *Programa de beneficios*. Tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad mencionados en esta sección. Los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados pueden requerir una autorización previa del Plan antes de que se presten los servicios; siempre que no se requiera autorización previa para (1) cuarenta y ocho (48) horas de atención en el hospital después de un parto vaginal o noventa y seis (96) horas de atención en el hospital después de una cesárea o (2) atención posparto.

Atención de maternidad prenatal

La cobertura de atención prenatal incluye:

- un mínimo de una (1) visita de atención prenatal en el consultorio por mes durante los primeros dos (2) trimestres de embarazo.
- un mínimo de dos (2) visitas en el consultorio por mes durante el séptimo (7.º) y octavo (8.º) mes.
- un mínimo de una (1) visita en el consultorio por semana durante el noveno (9.º) mes y hasta el término del embarazo, por un proveedor participante.

Cada visita en el consultorio también incluirá consejería y educación prenatal, evaluaciones necesarias y apropiadas, incluyendo historia médica, examen físico y procedimientos de

laboratorio y diagnóstico que el proveedor/médico participante considere apropiados. Esto se basa en criterios médicos reconocidos para el grupo de riesgo al que pertenece el miembro.

Las complicaciones del embarazo están cubiertas por este Contrato de la misma manera que otras enfermedades o dolencias. Las complicaciones del embarazo se refieren a condiciones que requieren hospitalización (cuando el embarazo no se interrumpe), con diagnósticos distintos del embarazo pero que se ven afectados de manera negativa por el embarazo o son causados por el embarazo, como nefritis aguda, nefrosis, insuficiencia cardíaca, aborto retenido y otras condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirán trabajo de parto falso, sangrado ocasional, reposo indicado por el médico durante el embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y otras condiciones similares asociadas al manejo de un embarazo difícil que no constituyen una complicación nosológicamente distinta del embarazo; y cesárea no electiva, interrupción del embarazo ectópico e interrupción espontánea del embarazo, que ocurran en un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

Atención obstétrica

La atención de maternidad incluye cobertura para la atención obstétrica, incluyendo médicos participantes, enfermeras parteras certificadas autorizadas participantes y la sala de partos participante y otros servicios médicamente necesarios directamente asociados al parto.

Servicios prestados por una enfermera partera certificada autorizada

Los servicios de una enfermera partera certificada autorizada están cubiertos, sujetos a las siguientes limitaciones:

- La enfermera partera certificada autorizada es un proveedor participante.
- Los servicios de la enfermera partera certificada autorizada deben prestarse bajo la supervisión de un obstetra autorizado participante o un proveedor de medicina familiar autorizado.
- Los servicios deben prestarse para la preparación del parto de un recién nacido, o en relación con este, en un lugar que esté cubierto por este beneficio de maternidad.
- A los efectos de este beneficio de maternidad, los únicos lugares de parto permitidos son un hospital participante o un centro de maternidad autorizado. Las tarifas combinadas de la enfermera partera certificada autorizada y cualquier médico tratante o supervisor, por todos los servicios prestados antes, durante y después del parto, no pueden exceder las tarifas permitidas que se habrían pagado al médico si hubiera sido el único proveedor de esos servicios.

Servicios de parto

Se cubre la atención médica, quirúrgica y de hospital durante el término del embarazo, el parto y durante el período posparto para el parto normal, el aborto espontáneo y las complicaciones del embarazo. La cobertura para una madre estará disponible por un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas de atención en el hospital después de un parto vaginal y un mínimo de noventa y seis (96) horas de atención en el hospital después de una cesárea. Cualquier decisión de acortar el período de atención en el hospital para la madre o el recién nacido debe ser tomada por el médico o proveedor tratante en consulta con la madre y debe incluir la atención posparto adecuada en la casa de la madre, el consultorio del médico, un centro de atención médica u otro lugar apropiado.

El transporte, incluyendo el transporte aéreo al centro de atención médica autorizado más cercano, está disponible para mujeres embarazadas con alto riesgo médico y un parto inminente de un bebé potencialmente viable. Cuando sea necesario para proteger la vida del bebé, el transporte, incluyendo el transporte aéreo, al centro de atención terciaria disponible más cercano está cubierto.

Servicios de doulas

El Plan cubrirá los servicios de apoyo de una doula capacitada para ayudarla antes, durante y después del parto. Una doula ofrece apoyo emocional y físico y da información que puede ayudar a mejorar la experiencia general del parto y la recuperación.

La cobertura está limitada a \$1,500 por embarazo e incluye el apoyo durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y durante el período posparto. Estos servicios están sujetos a cualquier deducible, coseguro o copago que pueda aplicarse.

Servicios de visitas domiciliarias

El Plan cubrirá las visitas domiciliarias de profesionales capacitados después del nacimiento de un bebé. Estos servicios están disponibles para apoyar a las familias a partir de la semana 28 de embarazo y pueden continuar durante el desarrollo temprano del menor, hasta cinco (5) años después del nacimiento. Las visitas domiciliarias pueden incluir evaluaciones médicas, orientación y educación adaptadas a las necesidades de la familia.

Los servicios de visitas domiciliarias deben ser médicamente necesarios y están sujetos a las cantidades de deducible, coseguro y copago aplicables. La cobertura se aplica a las nuevas pólizas emitidas a partir del 1 de enero de 2026, y los planes existentes deben incluir este beneficio antes de la próxima fecha de renovación, pero a más tardar el 1 de enero de 2027.

Atención posparto

La atención de maternidad incluye visitas posparto. La atención posparto en casa está cubierta según las evaluaciones médicas maternas y neonatales aceptadas, hechas por una persona con la licencia, capacitación y experiencia adecuadas para dar atención posparto. Los servicios prestados por dicha persona incluirán, entre otros, educación de los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón, y pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

La cobertura para la atención posparto en casa incluye un mínimo de tres (3) visitas domiciliarias, a menos que el médico tratante o la persona con la licencia, capacitación y experiencia adecuadas para dar atención posparto determinen que una (1) o dos (2) visitas domiciliarias son suficientes. Las visitas domiciliarias se harán dentro del período de tiempo ordenado por el médico tratante o la persona con la licencia, capacitación y experiencia adecuadas para dar atención posparto.

Apoyo, suministros y orientación sobre amamantamiento

Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos sin costo para el miembro cuando se reciben de un proveedor participante:

- La miembro debe tener una receta para un extractor de leche manual, suministros y orientación para demostrar que dio a luz.

- A la miembro se le dará un (1) extractor de leche manual. Se dará un (1) extractor de leche manual de reemplazo para cada parto posterior. Se autoriza un conjunto de suministros asociados de reemplazo por miembro por año. Los suministros incluyen artículos como extractor de leche, tubos y toallas sanitarias.
- Si se considera médicamente necesario que la miembro use un extractor de leche eléctrico, se usaría el beneficio de equipo médico duradero de la miembro y puede incluir un costo compartido.
- Los servicios de orientación sobre amamantamiento están limitados a una duración de un (1) año.

Prueba de alfafetoproteína IV

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

Cobertura de recién nacidos y niños adoptados

El Plan cubrirá lesiones o enfermedades de un niño recién nacido. El niño puede ser natural o adoptado o en un estado de “colocación para adopción”. Esto incluye la circuncisión para los recién nacidos varones y la atención y el tratamiento necesarios de los defectos congénitos y anomalías congénitas diagnosticados médicamente. El transporte terrestre o aéreo al centro de atención terciaria disponible más cercano está cubierto cuando sea necesario para proteger la vida del bebé.

Suplementos nutricionales

Este beneficio de maternidad incluye cobertura para suplementos nutricionales médicamente necesarios mencionados en el *Formulario* (según lo indique el proveedor/médico participante tratante). El Plan también cubre los beneficios de pacientes hospitalizados y ambulatorios por hasta dos (2) meses para leche humana pasteurizada de donante, médicamente necesaria, previa receta del pediatra del bebé o de un proveedor pediátrico autorizado que indique que el bebé es médica o físicamente incapaz de recibir leche materna o de participar en la lactancia, o que la madre del bebé es médica o físicamente incapaz de producir leche materna en cantidades suficientes. Esta leche humana de donante solo se puede obtener de un banco miembro de la Asociación de Bancos de Leche Humana de América del Norte.

Continuidad de la atención

Si un proveedor/médico participante cancela el Plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por dar el tratamiento médicamente necesario a un miembro con una “circunstancia especial”. “Circunstancia especial” significa una condición que un proveedor o médico tratante cree razonablemente que, si se interrumpe la atención de dicho proveedor o médico, podría causar daño al miembro (incluyendo, sin limitación, una discapacidad, condición aguda, enfermedad potencialmente mortal o embarazo).

El Plan seguirá cubriendo los servicios hasta el último de los siguientes: (a) el día 90 después de la fecha de entrada en vigor de la terminación de la red de proveedores; (b) si el miembro fue diagnosticado con una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha de entrada en vigor de la terminación; (c) si el

miembro fue diagnosticado con un embarazo de alto riesgo; o (d) si el miembro está embarazada en el momento de la terminación, hasta el parto del niño, la atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

Beneficios adicionales para el cuidado de la salud de la mujer

Cobertura de osteoporosis

Servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y manejo adecuado de la osteoporosis cuando sea médicamente necesario para la siguiente persona calificada:

- Una mujer con deficiencia de estrógenos con riesgo clínico de osteoporosis que está considerando el tratamiento.
- Una persona que recibe una inyección de esteroides a largo plazo.
- Una persona que está siendo monitoreado para evaluar la respuesta o la eficacia de las terapias farmacológicas aprobadas para la osteoporosis.

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCTIVA

CHRISTUS Health Plan Louisiana es una filial de un sistema de atención médica católico, que está sujeto a las directivas éticas y religiosas de los servicios de atención médica católicos. Basándonos en creencias religiosas, no podemos promover ni aprobar la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier orientación o remisión para dichos servicios, cuando se hacen con fines de planificación familiar. Sin embargo, algunos de estos servicios están designados por la ley federal como beneficios médicos esenciales cubiertos para mujeres con capacidad reproductiva. Estos servicios cubiertos pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (sin incluir medicamentos abortivos), como:
 - Métodos de barrera (usados durante el coito), como diafragmas y esponjas.
 - Métodos hormonales, como pastillas anticonceptivas y anillos vaginales.
 - Dispositivos implantados, como dispositivos intrauterinos (DIU).
 - Anticoncepción de emergencia, como Plan B® y Ella®.
 - Procedimientos de esterilización.
- Educación y orientación para el paciente.
- Procedimientos de esterilización aprobados por la FDA.
- Educación y orientación para el paciente.

Estos servicios están cubiertos sin un copago o deducible del miembro cuando los presta un proveedor dentro de la red, incluso si no alcanzó su deducible.

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

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

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso tiene como objetivo darle información de ciertas coberturas o beneficios provistos en su contrato con nosotros.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estancia mínima de pacientes hospitalizados: Si debido al tratamiento del cáncer de mama, cualquier persona cubierta por nosotros se hace una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, daremos cobertura para la atención en el hospital por un mínimo de:

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

No se requiere cantidad mínima de horas de hospitalización si la persona cubierta que recibe el tratamiento y el médico tratante determinan que un período más corto de atención en el hospital es apropiado.

Prohibiciones: No podemos (a) negar la elegibilidad o la elegibilidad continua de ninguna persona cubierta ni dejar de renovar este plan únicamente para evitar dar las horas mínimas de hospitalización; (b) hacer pagos o reembolsos en dinero para animar a cualquier persona cubierta a aceptar menos del mínimo de horas de hospitalización; (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico tratante, ni sancionarlo de otro modo, porque el médico requirió que una persona cubierta reciba las horas mínimas de hospitalización; o (d) dar incentivos económicos o de otro tipo al médico tratante para animarlo a dar atención inferior al mínimo de horas.

Cobertura o beneficios de la cirugía reconstructiva después de la mastectomía

Se dará cobertura o beneficios a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía. Se cubrirán todas las etapas de la reconstrucción de mama en la que se hizo la mastectomía, que incluyen, entre otras:

- Liposucción hecha para la transferencia a una mama reconstruida o para reparar una deformidad en el lugar donante.
- Tatuarse la areola en la mama.
- Ajustes quirúrgicos de la mama no mastectomizada.
- Complicaciones médicas imprevistas, que pueden requerir reconstrucción adicional en el futuro, y prótesis y complicaciones físicas, incluyendo, entre otros, linfedemas.

La cobertura o los beneficios deben darse de una manera que se determine apropiada en consulta con la persona cubierta y el médico tratante. La decisión de hacerse una mastectomía o procedimientos reconstructivos es únicamente del paciente. Se dará cobertura o beneficios a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía, que incluyen:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se hizo la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico.
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.
- Mastectomías profilácticas contralaterales.

Cobertura o beneficios de la cirugía reconstructiva después de la mastectomía

CHRISTUS cubrirá los exámenes anuales preventivos de detección del cáncer para un miembro que haya sido diagnosticado previamente con cáncer de mama, haya completado el tratamiento para el cáncer de mama, se haya sometido a una mastectomía bilateral y posteriormente se haya determinado que está libre de cáncer.

Además, su contrato, según lo exige la Ley Federal de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, da beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo linfedema y mastectomías profilácticas contralaterales).

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

Se dan beneficios para cada hombre cubierto para un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección del cáncer de próstata. Los beneficios incluyen:

- Un examen físico para la detección del cáncer de próstata.
- Una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que
 - tenga al menos 50 años, o
 - al menos 40 años con historia familiar de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata.
- Cobertura para una segunda visita médicamente necesaria para atención de seguimiento dentro de los sesenta (60) días.

Hospitalización después del nacimiento de un hijo

Para cada persona cubierta por beneficios de maternidad/parto, daremos atención en el hospital para la madre y su hijo recién nacido en un centro de atención médica por un mínimo de:

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

Este beneficio no requiere que una mujer cubierta que sea 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 durante la cantidad mínima de horas después del nacimiento del bebé.

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido es dado de alta antes de que expiren las 48 o 96 horas, daremos cobertura para la atención posparto. La atención posparto incluye educación, asistencia y capacitación de los padres en lactancia materna y biberón, y pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención será dada por un médico, enfermero registrado u otro proveedor de atención médica con la licencia adecuada, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos (a) modificar los términos de esta cobertura basándonos en que cualquier persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación para evitar dar la cantidad mínima de horas requeridas; (c) negarnos a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de atención en el hospital hecha en consulta con la madre, si el período recomendado por el médico

no excede las directrices para atención prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales de obstetras y ginecólogos o pediatras reconocidas a nivel nacional; (d) reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tarifa usual y acostumbrada; o (f) sancionar a un médico por recomendar atención en el hospital para la madre o el recién nacido.

Cobertura de pruebas de detección del cáncer colorrectal

Se dan beneficios para cada persona inscrita en el plan que tenga 45 años o más y que tenga un riesgo normal de desarrollar cáncer de colon, por los gastos incurridos en los exámenes de detección médicamente reconocidos para la detección del cáncer colorrectal. Los beneficios incluyen la opción de la persona cubierta de:

- FIT anual (prueba inmunoquímica fecal para detectar sangre).
- Sigmoidoscopia flexible cada 5-10 años, colonografía por tomografía computarizada cada cinco (5) años o la prueba de ADN en heces FIT cada tres (3) años o colonoscopia con cápsula cada cinco (5) años.
- Colonoscopia cada 10 años a partir de los 45 años.

Cobertura de pruebas de detección del virus del papiloma humano, el cáncer de ovario y el cáncer de cuello uterino

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

Cobertura de pruebas de detección de la terapia con protones para el cáncer

Si recibe tratamiento para el cáncer, el Plan cubre la terapia de protones cuando su médico lo recomiende y cumpla las directrices de la Sociedad Americana de Oncología Radioterápica (American Society for Radiation Oncology, ASTRO). La terapia de protones es un tipo de radiación que ataca los tumores con precisión. Este beneficio está cubierto de la misma manera que otras formas de radioterapia y está sujeto a cualquier deducible, coseguro o copago. Esta cobertura es necesaria para todos los planes emitidos a partir del 1 de enero de 2026 y para los miembros actuales en la fecha de renovación de su plan o antes, pero a más tardar el 1 de enero de 2027.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo mencionado arriba, llámenos al 1-844282-3025 o escribanos a:

CHRISTUS Health Plan
Attn: Member Service Department
5101. N O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039

EXCLUSIONES

Este Contrato solo cubre ciertos beneficios de atención médica médicamente necesarios. Esta sección de EXCLUSIONES menciona los servicios que están específicamente excluidos de la cobertura según este Contrato. Todos los demás beneficios y servicios que no se mencionan específicamente en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato también son servicios excluidos.

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

Lo siguiente está específicamente excluido de la cobertura:

- **Abortos**
 - Los abortos directos no son un beneficio cubierto.
- **Acupuntura**
- **Autopsias y Servicios de ambulancia**
 - Costos de autopsia para miembros fallecidos.
 - Servicios de ambulancia a la oficina del forense o a una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes del pronunciamiento de la muerte por una persona autorizada por la ley estatal para hacer dicho pronunciamiento.
- **Cirugía bariátrica**
- **Antes o después del período de cobertura**
 - Servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura bajo estas pólizas o después de la fecha de entrada en vigor de la terminación de la cobertura.
- **Ensayos clínicos**
 - Cualquier ensayo clínico que no cumpla los requisitos de la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
 - Costos de ensayos clínicos que habitualmente son pagados por fuentes gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
 - Servicios de proveedores no participantes, a menos que los servicios no estén disponibles con un proveedor participante. Se requiere autorización previa para cualquier servicio fuera de la red que se preste en Louisiana.
 - Costos de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación no aprobado por la FDA y que no está exento de tener una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
 - Costos relacionados con el manejo de la investigación asociada al ensayo clínico.
 - Costos de las pruebas necesarias para la investigación del ensayo clínico.
 - Costos pagados o no cobrados por los proveedores de ensayos clínicos.
- **Beneficios de atención en el hospital certificada**
 - Comida, alojamiento y comidas a domicilio.
 - Servicios de voluntariado.
 - Artículos personales o con valor sentimental.
 - Servicios domésticos o de limpieza.
 - Enfermería privada.

- **Ropa o dispositivos de protección**
 - Ropa u otros dispositivos de protección, incluyendo ropa con protección solar, polarizado de parabrisas, accesorios de iluminación u otros artículos o dispositivos, ya sea con receta o no.
- **Terapias complementarias**
 - Servicios quiroprácticos, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Biorretroalimentación, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía estética**
 - Terapia cosmética, drogas o medicamentos, o procedimientos para cambiar la apariencia.
 - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga el propósito principal de alterar la apariencia y no se haga para corregir trastornos funcionales que resultan de lesiones, defectos congénitos o enfermedades. La cirugía reconstructiva después de una mastectomía no se considera cirugía estética y estará cubierta.
- **Circuncisiones**
 - Practicada en casos distintos de estancias de recién nacidos, a menos que sea médicamente necesario.
- **Servicios dentales**
 - No existe cobertura dental de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales son BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - El cuidado dental y las radiografías dentales están permitidos solo para niños como se especifica en los BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Equipo médico duradero**
 - Equipo médico duradero mejorado o de lujo.
 - Artículos de conveniencia, incluyendo artículos para comodidad y facilidad y que no son principalmente de naturaleza médica, como sillas de ducha, barras de seguridad para baños, toldo para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales y otros artículos.
 - Artículos de equipo médico duradero duplicados.
 - Reparación o reemplazo de equipo médico duradero por pérdida, negligencia, mal uso, abuso o para mejorar la apariencia o conveniencia.
 - Reparación o reemplazo de artículos bajo la garantía del fabricante o proveedor.
 - Sillas de ruedas adicionales, si el miembro tiene una silla de ruedas funcional.
- **Cargos excesivos**
 - Cargos o costos que excedan los cargos usuales, habituales y razonables.
- **Equipos y servicios de ejercicio**
 - Equipos de ejercicio, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas de reducción de peso.
- **Medicamentos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o servicios experimentales o de investigación**
 - A menos que la póliza cubra lo contrario.
- **Terapia con ondas de choque extracorpóreas**
- **Cuidado de los pies**

- Cuidado de rutina de los pies, como el tratamiento de pies planos u otras anomalías estructurales, o la eliminación de callos y callosidades, a menos que sea médicamente necesario.
- **Alopecia**
 - Tratamientos, medicamentos, suministros y dispositivos para la caída del pelo o la calvicie, independientemente de su causa médica.
- **Servicios de atención médica en casa**
 - Necesidades de cuidado de compañía que puede cubrir el personal médico no autorizado para cumplir las actividades normales de la vida diaria.
 - Cuidado de relevo.
- **Servicios de fertilidad**
- **Atención a largo plazo**
 - No está cubierto para adultos o niños.
- **Atención médica para hombres**
 - Cobertura de anticonceptivos.
 - Servicios de planificación familiar.
 - Procedimientos de esterilización.
- **Salud mental, alcoholismo y abuso de sustancias**
 - Acompañamiento al duelo y orientación sexual.
 - Pruebas psicológicas cuando no son médicamente necesarias.
 - Educación especial, pruebas o evaluaciones de la escuela, consejería, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o de comportamiento.
 - Tratamiento en un centro de rehabilitación.
- **Discapacidades relacionadas con el servicio militar**
 - Atención de discapacidades relacionadas con el servicio militar a las que tiene derecho legalmente y para las que los centros están razonablemente disponibles para usted.
- **Apoyos nutricionales y suplementos**
 - Comida para bebés (incluyendo fórmula o leche materna), a menos que estén cubiertos de otra manera en esta póliza, u otros productos de consumo habitual que se pueden usar con el sistema enteral para alimentación oral o por sonda.
- **Servicios fuera de la red no autorizados**
 - Servicios recibidos fuera de la red que requieren autorización previa, si no se obtuvo autorización previa.
- **Ortesis**
 - Plantillas ortopédicas funcionales, incluyendo para fascitis plantar, pie plano, espolones calcáneos y otras condiciones, zapatos ortopédicos o correctivos, soportes para arco, dispositivos para calzado, ortesis y aparatos ortopédicos o férulas personalizados, excepto cuando sea médicamente necesario.
 - Plantillas ortopédicas personalizadas, excepto ortesis de rodilla, pie y tobillo (KAFO) y ortesis de tobillo y pie (AFO) para miembros que cumplan las directrices reconocidas a nivel nacional.
- **Medicamentos con receta**
 - Medicamentos con receta/medicamentos compuestos.

- Nuevos medicamentos para los que aún no determinamos los criterios de cobertura.
- Medicamentos y drogas de venta libre (Over the counter, OTC), excepto los que se mencionan en el *Formulario*.
- Medicamentos con receta/medicamentos que requieren una autorización previa si no se obtuvo una autorización previa.
- Medicamentos con receta/medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos.
- Medicamentos con receta/medicamentos de reemplazo por pérdida, robo o destrucción.
- Medicamentos con receta, tratamientos o dispositivos que determinamos que son experimentales o de investigación.
- Tratamientos y medicamentos para reducción o control de peso, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- Suplementos nutricionales según lo indicado por el proveedor tratante o como única fuente de nutrición.
- Fórmula infantil, en cualquier circunstancia.
- Medicamentos con receta/medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o infertilidad.
- Medicamentos con receta/medicamentos con fines cosméticos.
- **Servicios de proveedores**
 - Servicios prestados por un proveedor excluido.
 - Consultas por teléfono, excepto como se indica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Correo electrónico de un proveedor o consulta por teléfono por la que se cobra al paciente.
 - Visitas sin evaluación física ni intervención terapéutica o de diagnóstico.
- **Dispositivos protésicos**
 - Ayudas artificiales, incluyendo dispositivos de síntesis de habla, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía reconstructiva con fines cosméticos**
 - Cirugía estética (los ejemplos incluyen aumento de mamas, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, cirugía de acné, revisión de cicatrices asintomáticas, microflebectomía, escleroterapia (excepto venas troncales) y rinoplastia.
- **Rehabilitación y terapia**
 - Entrenadores deportivos o tratamientos dados por entrenadores deportivos.
 - Servicios de rehabilitación vocacional.
 - Tratamiento de condiciones crónicas (como distrofia muscular, síndrome de Down, parálisis cerebral).
- **Servicios cubiertos por otro programa**
 - Servicios para los que usted o su dependiente son elegibles bajo cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida determinada por la ley.
 - Servicios por los que, en ausencia de cualquier plan de servicios médicos, no se le cobraría a usted ni a su dependiente.

- **Disfunción sexual**
 - Tratamiento para la disfunción sexual, que incluye medicamentos, orientación y clínicas.
- **Atención en un centro de enfermería especializada**
 - Cuidado de compañía o atención en casa.
- **Terapia del habla**
 - Beneficios adicionales más allá de los mencionados en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Dejar de fumar (excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS)**
 - Hipnoterapia para dejar de fumar.
 - Medicamentos de venta libre, a menos que se mencionen en el *Formulario*.
 - Acupuntura para dejar de fumar.
- **Servicios de trasplante**
 - Trasplantes de órganos no humanos, excepto válvula para el corazón con tejido de cerdo.
 - Gastos de transporte para miembros fallecidos.
 - Servicios médicos y de hospital de un donante de trasplante de órganos cuando el receptor del trasplante no es miembro o el procedimiento de trasplante no es un beneficio cubierto.
 - Viaje y alojamiento, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Tratamiento mientras está encarcelado**
 - Servicios o suministros que un miembro recibe mientras está bajo la custodia de cualquier autoridad policial estatal o federal, incluso mientras está en la cárcel o prisión, después de haber sido declarado culpable o condenado por un delito penal.
- **Atención de la vista**
 - Atención de la vista de rutina y refracciones oculares, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Anteojos correctivos o anteojos de sol, monturas, lentes, lentes de contacto o ajustes, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Procedimientos refractivos oculares, incluyendo queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
 - Terapia de movimientos oculares.
- **Programas de pérdida de peso**
 - No está cubierto para adultos o niños.
- **Atención médica de la mujer**
 - Abortos electivos bajo cualquier circunstancia.
 - Medicamentos abortivos.
 - Servicios de planificación familiar, excepto como se especifica en la sección AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCTIVA de este Contrato.
- **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**
 - Bajo ninguna circunstancia.

RECLAMOS

Aviso de reclamo

Se debe informar por escrito de cualquier reclamo dentro de los 20 días posteriores al hecho o al inicio de cualquier pérdida cubierta por el Plan, o tan pronto como sea posible de manera razonable. La falta de aviso dentro de los 20 días no invalidará ni reducirá un reclamo si el aviso se da lo antes posible de manera razonable.

El aviso dado por o en nombre del miembro a nosotros o a cualquier agente autorizado del Plan, con información suficiente para identificar al miembro, se considerará como aviso dirigido a nosotros.

Formularios de reclamo

Puede llamarnos o escribirnos para informarnos de un reclamo. Una vez recibido su aviso, le daremos a usted, o al miembro que sea titular de este Contrato, los formularios necesarios para presentar una prueba de pérdida (un “reclamo”). Los formularios se darán dentro de los 15 días posteriores a la recepción de su aviso. También puede acceder a nuestro sitio web, www.christushealthplan.org, para obtener un formulario de reclamo.

Presentación de reclamos

Los reclamos por escrito deben darse dentro de los 365 días posteriores a la fecha de aviso. Sin embargo, para un reclamo por pérdida para el que preveamos un pago periódico condicionado a la pérdida continua, dicho reclamo puede presentarse dentro de los 365 días posteriores a la finalización de cada período por el que somos responsables. La falta de presentación de un reclamo dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún beneficio si no es razonablemente posible presentar un reclamo dentro de los 365 días, siempre que:

- no haya sido razonablemente posible presentar pruebas en ese plazo, y
- la prueba se entregue dentro de un (1) año a partir de la fecha en que se requirió la prueba de pérdida. Este límite de un año no se aplicará en ausencia de capacidad legal.

Le informaremos de la aceptación o el rechazo de un reclamo a más tardar el 15.º día laborable después de la recepción de todos los artículos.

Pago de reclamos

Los beneficios que deben pagarse según este Contrato se pagarán dentro de los veinticinco (25) días posteriores al aviso de aceptación de su reclamo. Cuando el Contrato prevea pagos periódicos, los beneficios se acumularán y pagarán mensualmente, sujeto a la presentación de un reclamo limpio.

Un reclamo se considerará “limpio” si contiene toda la información requerida por nosotros para procesar el pago según los beneficios sin necesidad de información adicional. Por ejemplo, un reclamo puede no ser “limpio” si está incompleto, falta documentación de expedientes médicos, es sospechoso o parece fraudulento, o sugiere una práctica médica inadecuada del proveedor.

Los reclamos presentados por servicios recibidos por un miembro fallecido se pagarán según la designación del beneficiario y las disposiciones aplicables a dichos pagos. Si no se dan dichas

designaciones o disposiciones, los reclamos se pagarán al patrimonio del miembro. Cualquier otro reclamo pendiente de pago en el momento de la muerte del miembro puede, a nuestro criterio, pagarse al beneficiario. Todos los demás reclamos se pagarán al miembro o al proveedor, a nuestro criterio.

Reclamos y pagos de emergencia fuera de la red

Si recibe servicios de atención de emergencia de proveedores no participantes, usted es responsable de presentar el reclamo. El reclamo debe contener una declaración detallada del tratamiento, los gastos y el diagnóstico. El reclamo o declaración detallada debe enviarse a nosotros lo antes posible a la siguiente dirección:

CHRISTUS Health Plan
Attn: Claims Department
5101 N. O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039

Fraude y abuso

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o participe en engaño o declaración falsa para obtener un beneficio no autorizado, puede ser culpable de un delito y estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

Podemos cancelar la cobertura por cualquier tipo de actividad fraudulenta hecha por usted o por los miembros cubiertos por este Contrato.

Subrogación

Esta sección se aplicará cuando otra parte sea, o pueda ser considerada responsable de la lesión, enfermedad u otra condición de un miembro. Esto incluye compañías de seguros que son económicamente responsables, acuerdos o pagos relacionados con lesiones, enfermedades u otras condiciones del miembro, demandas por negligencia médica y otras fuentes de responsabilidad distintas de esta póliza.

Estamos subrogados en todos los derechos del miembro contra cualquier parte responsable de la lesión o enfermedad del miembro, o que sea o pueda ser responsable del pago del tratamiento médico de dicha lesión o enfermedad ocupacional (incluyendo cualquier compañía de seguros), hasta la cantidad de los beneficios médicos que hayamos pagado. Podemos hacer valer este derecho sin el consentimiento del miembro.

Este derecho incluye, entre otros, los derechos del miembro bajo la cobertura para automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente, cualquier seguro sin culpa, la cobertura de pagos médicos (automóvil, propietarios de viviendas o de otro tipo), la cobertura de compensación de los trabajadores u otro seguro, y los derechos del miembro bajo el Plan para iniciar una acción para aclarar sus derechos bajo dicho seguro.

Cualquier derecho de recuperación de terceros del Plan, ya sea por subrogación o reembolso, es secundario al derecho del miembro a ser compensado completamente por sus daños. El Plan compartirá los gastos legales incurridos.

No estamos obligados de ninguna manera a ejercer este derecho de forma independiente o en nombre del miembro, pero podemos optar por ejercer nuestros derechos de reembolso a nuestra entera discreción.

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

- Darnos cualquier información relevante solicitada.
- Firmar y entregar los documentos que solicitemos razonablemente para asegurar el reclamo de subrogación.
- Obtener nuestro consentimiento del Plan o sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad por el pago de gastos médicos.

Si el miembro entra en litigios o negociaciones de conciliación sobre las obligaciones de otras partes, el miembro no debe perjudicar nuestros derechos de subrogación. Si un miembro no obtiene nuestro consentimiento previo por escrito y acepta un acuerdo o libera a cualquier parte de la responsabilidad por el pago de gastos médicos, o no coopera con esta disposición, incluyendo la firma de los documentos requeridos en el presente, el miembro deberá reembolsar a CHP el valor de los beneficios que se hayan pagado por nosotros.

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

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

Se debe presentar una prueba escrita de la pérdida a la compañía de seguros en dicha oficina en caso de un reclamo por pérdida para la que esta póliza dé un pago periódico condicionado a la pérdida continua dentro de los noventa días posteriores a la finalización del período por el que la compañía de seguros es responsable, y, en caso de reclamo por cualquier otra pérdida, dentro de los noventa días posteriores a la fecha de dicha pérdida. No presentar dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si no fuera razonablemente posible presentar una prueba dentro de ese plazo, siempre que dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, después de un (1) año desde el momento en que se requiera la prueba.

Las indemnizaciones que deben pagarse según esta póliza por cualquier pérdida que no sea una pérdida para la que esta póliza prevea un pago periódico se pagarán inmediatamente después de recibir la debida prueba escrita de dicha pérdida. Sujeto a la presentación de la debida prueba escrita de pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las que esta póliza prevea pagos periódicos se pagarán mensualmente, y cualquier saldo pendiente de pago al término de la responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la debida prueba por escrito.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La disposición de Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un Plan. El plan se define abajo.

El orden de las reglas para la determinación de beneficios rige el orden en el que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El Plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar beneficios según los términos de su póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan cubra algunos gastos. El Plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100% del gasto total permitido, según lo dispuesto en §303A.(a.-e.) de la Reglamentación 32.

DEFINICIONES

- A. Un Plan es cualquiera de los siguientes que da beneficios o presta servicios de atención o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para ofrecer cobertura coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan y no hay ninguna COB entre esos contratos separados.

El Plan incluye contratos de seguro individuales y de grupo, contratos de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), planes de panel cerrado u otras formas de cobertura de grupo o similar (con o sin seguro); componentes de atención médica en contratos de atención médica de largo plazo, como atención de enfermería especializada; beneficios médicos en contratos de automóvil individuales o de grupo; y Medicare o cualquier otro plan gubernamental federal, según lo permita la ley.

El Plan no incluye la cobertura de compensación por hospitalización ni otra cobertura de compensación fija; cobertura exclusiva de accidentes; cobertura de enfermedades específicas o accidentes específicos; cobertura médica con beneficios limitados, según lo define la ley estatal; cobertura de accidentes escolares, excepto las mencionados en LSA-R.S. 22:1000 A.3C; beneficios para componentes no médicos de pólizas de atención de largo plazo; pólizas complementarias de Medicare; pólizas de Medicaid o cobertura de otros planes gubernamentales federales, a menos que la ley lo permita.

Cada contrato de cobertura según (1) o (2) es un Plan separado. Si un Plan tiene dos partes y las reglas de la COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un Plan separado.

- B. Este plan significa, en una disposición de la COB, la parte del contrato que da los beneficios de atención médica a los que se aplica la disposición de la COB y que puede reducirse por los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que dé beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar una disposición de la COB a ciertos beneficios, como beneficios dentales, coordinándose solo con beneficios similares, y puede aplicar otra disposición de la COB para coordinar otros beneficios.

- C. El orden de las reglas para la determinación de beneficios establece si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona recibe cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no excedan el 100% del gasto total permitido.
- D. El gasto permitido es un gasto o servicio de atención médica, incluyendo deducibles, coseguros y copagos, que está cubierto totalmente o al menos en parte por cualquier plan que cubra a la persona. Cuando un plan da beneficios como servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio se considerará un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto o servicio que no está cubierto por ningún plan que cubra a la persona no es un gasto permitido.

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

- La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes dé cobertura para los gastos de una habitación de hospital privada.
 - Si una persona está cubierta por 2 o más planes que calculan sus pagos de beneficios sobre la base de las tarifas usuales y acostumbradas o la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad que exceda el valor de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
 - Si una persona está cubierta por 2 o más planes que presten beneficios o servicios sobre la base de tarifas negociadas, una cantidad que exceda la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.
 - Si una persona está cubierta por un plan que calcula sus beneficios o servicios sobre la base de las tarifas usuales y acostumbradas o la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar y por otro plan que da sus beneficios o servicios sobre la base de tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario se considerará el gasto permitido para todos los planes.
 - La cantidad de cualquier reducción de beneficios del plan primario porque una persona cubierta no cumplió las disposiciones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de estos tipos de disposiciones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, certificación previa de ingresos y arreglos de proveedores preferidos.
- E. El plan de panel cerrado es un plan que da beneficios de atención médica a personas cubiertas en forma de servicios mediante un panel de proveedores que el plan contrató o que son empleados del plan, y que excluye la cobertura de los servicios prestados por otros proveedores, excepto en casos de emergencia o remisión por un miembro del panel.
- F. El padre con la custodia es el padre al que se le da la custodia por un decreto judicial o, en ausencia de un decreto judicial, es el padre con quien el niño reside más de la mitad (1/2) del año calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

ORDEN DE LAS REGLAS PARA LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando una persona está cubierta por dos (2) o más planes, las reglas para determinar el orden de pago de los beneficios son las siguientes:

- A. El plan primario paga o da sus beneficios según sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan.

Excepto lo dispuesto en el párrafo (2), un plan que no tiene una disposición de coordinación de beneficios que sea coherente con esta reglamentación es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos planes indiquen que el plan que paga es el plan primario.

Cobertura que se obtiene por una membresía en un grupo diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establece que dicha cobertura complementaria será adicional a cualquier otra parte del plan provista por el titular del contrato. Ejemplos de estas situaciones son las coberturas médicas mayores que se agregan a los beneficios de hospital y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo seguro relacionadas con un plan de panel cerrado que ofrecen beneficios fuera de la red.

- B. Un plan puede considerar los beneficios pagados o provistos por otro plan calculando el pago de sus beneficios solo cuando son secundarios a ese otro plan.

- C. Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes reglas que se aplican:

(1) No dependiente o dependiente. El Plan que cubre a la persona que no sea un dependiente, por ejemplo como empleado, miembro, titular de póliza, asegurado principal o jubilado es el plan primario y el Plan que cubre a la persona como dependiente es el plan secundario. Pero, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como dependiente y primario al plan que cubre a la persona como no dependiente (p. ej., un empleado jubilado), entonces el orden de los beneficios entre los dos planes se invierte, de modo que el plan que cubre a la persona como empleado, miembro, titular de póliza, asegurado principal o jubilado sea el plan secundario y el otro plan sea el plan primario.

(2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente está cubierto por más de un plan, el orden de los beneficios se determina de la siguiente manera:

(a) Para un hijo dependiente con padres que están casados o viven juntos, hayan estado alguna vez casados o no:

- El Plan del padre que tiene el cumpleaños antes en el año calendario es el plan primario.
- Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan que cubrió al padre por más tiempo es el plan primario.

(b) Para un hijo dependiente con padres que están divorciados o separados o que no viven juntos, hayan estado alguna vez casados o no:

- Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del

hijo dependiente y el plan de dicho padre conoce esos términos, ese plan es primario. Esta regla se aplica a los años del plan que comienzan después de que el plan recibe un aviso del decreto judicial.

- Si un decreto judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) de arriba determinan el orden de los beneficios.
- Si un decreto judicial establece que los padres tienen custodia conjunta, sin especificar si uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del subpárrafo (a) de arriba determinarán el orden de los beneficios.
- Si no hay un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios para el hijo es:
 - El plan que cubre al padre con custodia.
 - El plan que cubre al cónyuge del padre con custodia.
 - El plan que cubre al padre sin custodia.
 - El plan que cubre al cónyuge del padre sin custodia.

(c) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan de personas que son sus padres, las disposiciones del subpárrafo (a) o (b) de arriba determinarán el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.

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

Si la cobertura de un hijo dependiente bajo el plan del cónyuge comienza en la misma fecha que la cobertura de ese hijo bajo los planes de uno o ambos padres, el orden de los beneficios se determinará aplicando la regla de cumpleaños del subpárrafo (a) a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.

(3) Empleado activo, jubilado o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, por ejemplo, un empleado que no está jubilado ni fue despedido, es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona que empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el otro plan no tiene esta norma y, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignorará esta regla. Esta regla no se aplica si la regla identificada como D(1) puede determinar el orden de los beneficios.

COBRA o continuación de la cobertura estatal. Si una persona que recibe cobertura de COBRA o bajo un derecho de continuación según una ley estatal u otra ley federal está cubierta

por otro plan, el plan que cubre a dicha persona como empleado, miembro, asegurado principal o jubilado, o que la cubre como dependiente de un empleado, miembro, asegurado principal o jubilado es el plan primario, y la cobertura de COBRA o la continuación de la cobertura estatal u otra ley federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta norma y, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignorará esta regla. Esta regla no se aplica si la regla identificada como D(1) puede determinar el orden de los beneficios.

Duración de la cobertura más larga o más corta. El plan que cubrió a la persona como empleado, miembro, titular de póliza, asegurado principal o jubilado por más tiempo es el plan principal y el plan que cubrió a la persona por el período de tiempo más corto es el plan secundario.

Si las reglas de arriba no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben compartirse equitativamente entre los planes que cumplan la definición de Plan. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

EFEECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios de modo que los beneficios totales pagados o provistos por todos los planes durante un año del plan no superen el total de gastos permitidos. Cuando se determina la cantidad que se debe pagar por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido según su plan que no haya pagado el plan primario. El plan secundario puede reducir el pago en la medida necesaria de modo que, cuando se sume a la cantidad pagada por el plan primario, el total de los beneficios pagados o provistos por todos los planes relacionados con el reclamo no exceda el gasto total permitido para dicho reclamo. Además, el plan secundario acreditará a su deducible, coseguro, copagos y a cualquier cantidad que habría acreditado a su deducible si no hubiera otras coberturas de atención médica.

Si una persona cubierta está inscrita en dos (2) o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluyendo la prestación de servicios de un proveedor fuera del panel, un panel cerrado no da beneficios, la COB no se aplicará entre ese plan y los demás planes de panel cerrado.

Efecto en los beneficios de este plan

(1) Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagado o provisto por todos los planes durante un año del plan o período de determinación del reclamo no exceda el 100 por ciento del total de gastos permitidos. La diferencia entre los pagos de beneficios que este plan habría hecho si hubiera sido el plan primario y los pagos de beneficios que efectivamente hizo se registrará como una reserva de beneficios para la persona cubierta y este plan la usará para pagar cualquier gasto permitido que, de otro modo, no se hubiera pagado durante el período de determinación del reclamo. A medida que se presenta cada reclamo, este plan:

- Determinará su obligación de pagar o dar beneficios según su contrato.
- Determinará si existe una reserva de beneficios para la persona cubierta.
- Determinará si hay gastos permitidos pendientes de pago durante el período de determinación de ese reclamo.

(2) Si existe una reserva de beneficios, el plan secundario usará la reserva de beneficios de la persona cubierta para pagar hasta el 100 por ciento del total de los gastos permitidos incurridos durante el período de determinación del reclamo. Al final del período de determinación del reclamo, la reserva de beneficios se reestablece en cero. Se debe crear una nueva reserva de beneficios para cada nuevo período de determinación del reclamo.

(3) Si una persona cubierta está inscrita en dos (2) o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluyendo la prestación de servicios de un proveedor fuera del panel, un panel cerrado no da beneficios, la COB no se aplicará entre ese plan y los demás planes de panel cerrado.

DERECHO A RECIBIR Y REVELAR INFORMACIÓN NECESARIA

Ciertos datos sobre los servicios y la cobertura de atención médica son necesarios para aplicar estas normas de la COB y determinar los beneficios que deben pagarse de este plan y otros planes. CHRISTUS Health Plan puede obtener los datos que necesita o dárselos a otras organizaciones o personas para aplicar estas reglas y determinar los beneficios que pagará este plan y otros planes que cubren a la persona que reclama los beneficios. No estamos obligados a avisar ni a obtener el consentimiento de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclame beneficios según este plan debe darnos toda la información necesaria para aplicar esas reglas y determinar los beneficios que deben pagarse.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago hecho mediante otro plan puede incluir una cantidad que debería haber pagado este plan. Si es así, podemos pagar dicha cantidad a la organización que hizo el pago. Dicha cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado por este plan. No tendremos que pagar dicha cantidad nuevamente. El término “pago hecho” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios; en ese caso, “pago hecho” se refiere al valor razonable en efectivo de los beneficios prestados en forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si la cantidad de los pagos hechos por nosotros es más de lo que deberíamos haber pagado según esta disposición de la COB, podríamos recuperar el excedente de las personas a las que se pagó o por las que se pagó, o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios prestados a la persona cubierta. La “cantidad de pagos hechos” incluye el valor razonable en efectivo de todo beneficio prestado en forma de servicio.

FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

AVISO IMPORTANTE

Este es un resumen de algunas de las disposiciones de su plan médico para ayudarlo a entender la COB, que puede resultar 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, que determina sus beneficios.

La disposición de la COB se aplica cuando un miembro tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. El plan se define abajo. El orden de las reglas para la determinación de beneficios rige el orden en el que cada plan pagará un reclamo de beneficios. El Plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar beneficios según los términos de su póliza sin tener en cuenta la posibilidad de que otro Plan cubra algunos gastos. El Plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes no excedan el 100% del gasto total permitido, según lo dispuesto en §303A.(a.- e.) de la Reglamentación 32.

Consulte el Aviso de Coordinación de beneficios que está en el Apéndice C - Explicación de los planes secundarios sobre el propósito y uso de la reserva de beneficios en el sitio web de LDI, en el siguiente enlace: www.ldi.la.gov/consumers/resources-publications/consumer-publications. También puede solicitar que se le envíe por correo un Aviso de Coordinación de beneficios comunicándose con Servicios para Miembros al (844) 282-3025.

Doble cobertura

Es frecuente que los familiares 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 de ambos empleadores.

Cuando está cubierto por más de un plan médico, la ley estatal permite que sus compañías de seguros sigan un procedimiento llamado “coordinación de beneficios” para determinar cuánto debe pagar cada uno cuando tiene un reclamo. 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 circunstancias más frecuentes. Si no se describe su situación, lea su Evidencia de cobertura o comuníquese con el Departamento de Seguros de Louisiana.

¿Primaria o secundaria?

El orden de las reglas para la determinación de beneficios establece si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando el miembro recibe cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero antes que los de cualquier otro plan sin considerar los beneficios de ningún otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan no excedan el 100% del gasto total permitido.

Le pediremos que identifique todos los planes que cubren a sus familiares. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de beneficios “primario” o “secundario”. El plan primario siempre paga primero cuando hay un reclamo. Cualquier plan que no contenga reglas de la COB siempre será considerado primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que paga es el plan primario.

Cuando este plan es el plan primario

Si usted o un familiar está cubierto por otro plan además de este, somos el plan primario cuando:

Sus gastos

- El reclamo sea por sus gastos de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y usted y su cónyuge estén jubilados.

Los gastos de su cónyuge

- El reclamo sea para su cónyuge, que está cubierto por Medicare, y ninguno está jubilado.

Los gastos de su hijo

- El reclamo sea 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 vive con otra persona, independientemente de si alguna vez estuvo casado con ella, y su cumpleaños ocurre antes que el de esa persona. Esto se conoce como la “regla de cumpleaños”.
 - usted está separado o divorciado y nos informó de una orden judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica de su hijo.
 - no hay una orden judicial, pero usted tiene la custodia del menor.

Otras situaciones

Seremos el plan primario cuando estemos obligados por cualquier otra disposición de la ley estatal o federal.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos el plan primario

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

Cuando este plan es el plan secundario

Somos el plan secundario cuando las reglas no nos obligan a ser el plan primario.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos el plan secundario

Cuando somos el plan secundario, no pagamos hasta que el plan primario haya pagado sus beneficios. Luego pagaremos parte o la totalidad de los gastos permitidos que no fueron pagados, como se explica abajo. Un “gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluyendo copagos y sin reducción de cualquier deducible aplicable, que está cubierto totalmente o en parte por cualquiera de los planes que cubren a la persona.

Si hay una diferencia entre la cantidad que permiten los planes, generalmente basaremos nuestro pago en la cantidad más alta. Pero, si un plan tiene un contrato con el proveedor de atención médica o el médico y el otro no, nuestros pagos combinados no serán más que la cantidad contratada. Las organizaciones para el mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.

Podemos reducir nuestro pago en la medida necesaria de modo que, cuando se suma a la cantidad pagada por el plan primario, el total de los beneficios pagados sea igual al 100 por ciento del gasto total permitido para su reclamo. Acreditaremos cualquier cantidad que hubiéramos pagado si no tenía otra cobertura de atención médica a nuestro deducible del plan.

No pagaremos una cantidad que el plan primario no cubrió porque usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan redujo su beneficio porque no obtuvo la autorización previa, como lo requiere ese plan, no pagaremos la cantidad de la reducción, porque no es un gasto permitido.

PROCESO DE APELACIONES Y QUEJAS

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación que hagamos que niegue el pago de su reclamo o de su solicitud de cobertura de un servicio de atención médica, requisitos de tratamiento por necesidad médica, idoneidad, entorno de atención, nivel de atención o efectividad, o cuando se determine que es experimental o de investigación y, por lo tanto, el beneficio solicitado se podrá negar, reducir o terminar, o no se hará el pago, en su totalidad o en parte, del beneficio. Usted tiene derecho a:

- Apelar una determinación adversa ante nosotros.
- A una revisión externa.
- A presentar una queja.

Tenemos un departamento que se encarga de Apelaciones y Quejas. Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, puede solicitar una revisión presentando una apelación o queja. No habrá represalias contra un miembro por presentar una apelación o queja.

Confidencialidad

CHRISTUS Health Plan, el Comisionado, los oficiales independientes de audiencias conjuntas y las demás personas que tengan acceso a expedientes médicos identificables e información de los miembros mientras revisan las quejas tratarán y mantendrán dichos expedientes e información como confidenciales, excepto que las leyes federales o de Louisiana dispongan lo contrario.

CHRISTUS Health Plan tiene procedimientos para garantizar el tratamiento confidencial y el mantenimiento de los expedientes médicos identificables y la información presentada como parte de cualquier queja.

Quién puede ayudarlo

Servicios para Miembros puede ayudarlo. Si tiene alguna preocupación sobre una persona, un servicio, la calidad de su atención o sus beneficios, puede comunicarse con Servicios para Miembros al número gratis 1-844-282-3025.

Servicios para Miembros hará todo lo posible para resolver su queja o preocupación la primera vez que se comunique con nosotros. Si el representante de Servicios para Miembros no puede resolver su queja o preocupación, puede presentar una queja o apelación.

Proceso de apelación estándar

Si no está satisfecho con nuestra decisión, deberá presentar una solicitud de apelación por escrito dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a nuestra determinación adversa inicial de beneficios, para los recursos administrativos y las apelaciones médicas internas. No se considerarán las solicitudes que se nos envíen después de ciento ochenta (180) días de nuestra determinación adversa inicial de beneficios.

No se considerarán múltiples solicitudes de apelación para el mismo reclamo.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, puede llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Un miembro tiene derecho a designar un representante autorizado para que hable en su nombre en sus apelaciones. Un representante autorizado es una persona a quien el miembro le dio su consentimiento por escrito para representarlo en una revisión interna o externa de una determinación adversa de beneficios. El representante autorizado puede ser el proveedor tratante del miembro, si el miembro designa al proveedor por escrito.

Determinaremos si la apelación de un miembro es un recurso administrativo o una apelación médica.

Le recomendamos que nos envíe toda la información disponible para ayudarnos a evaluar completamente la apelación, como comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la determinación adversa de beneficios.

Le daremos, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la determinación adversa de beneficios.

1. Recursos administrativos

Los recursos administrativos incluyen cuestiones contractuales y determinaciones adversas de beneficios que no están relacionadas con la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención, la efectividad o el tratamiento que se determina que es experimental o de investigación.

Las personas que no participaron en decisiones anteriores relacionadas con la determinación adversa inicial de beneficios serán las encargadas de revisar el recurso administrativo. Si se anula el recurso administrativo, volveremos a procesar su reclamo, si corresponde. Si se confirma el recurso administrativo, esta decisión se considerará definitiva.

La decisión del recurso administrativo se enviará por correo a usted, a su representante autorizado o a un proveedor autorizado para actuar en su nombre, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de su solicitud, a menos que se acuerde mutuamente una extensión del plazo.

Los recursos administrativos tienen solo un nivel interno de revisión y no son elegibles para el proceso de apelación externa con la excepción de una rescisión de cobertura.

2. Apelaciones médicas

Las apelaciones médicas incluyen determinaciones adversas de beneficios relacionadas con la necesidad médica, la idoneidad, el entorno de atención médica, el nivel de atención o la efectividad o si se determina que un servicio es experimental o de investigación y cualquier determinación de revisión prospectiva o retrospectiva relacionada.

Ofrecemos a los miembros dos (2) niveles estándar de apelaciones médicas, incluyendo una revisión interna de la determinación adversa inicial de beneficios y luego una revisión externa.

a. Apelaciones médicas internas

Un médico u otro profesional médico, de la misma especialidad o de una apropiada que habitualmente atiende la condición médica, el procedimiento o el tratamiento en revisión, y que no está subordinado a ningún responsable de la decisión sobre la determinación adversa inicial de beneficios, revisará la apelación interna de necesidad médica.

Si se anula la apelación médica interna, volveremos a procesar el reclamo del miembro, si corresponde. Si se confirma la apelación médica interna, informaremos al miembro de su derecho de comenzar el proceso de apelación externa si la determinación adversa de beneficios cumple los criterios.

La decisión de la apelación médica interna se enviará por correo al miembro, a su representante autorizado o a un proveedor autorizado para actuar en nombre del miembro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la solicitud del miembro, a menos que se acuerde mutuamente una extensión del plazo.

b. Apelación médica externa y rescisión de cobertura

Para apelaciones médicas y rescisión de cobertura, el segundo nivel será manejado por una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) externa que no está afiliada a nosotros y que el Departamento de Seguros de Louisiana asigna al azar.

Un miembro debe agotar todas las oportunidades de apelación interna antes de solicitar una apelación externa de una Organización de Revisión Independiente.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de cobertura, se debe presentar una solicitud por escrito para una apelación externa dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la recepción de la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de cobertura.

No se considerarán las solicitudes que se nos envíen después de cuatro (4) meses de recibir la decisión de la apelación médica interna o la rescisión de cobertura. Debe firmar el formulario incluido en el aviso de denegación de apelación médica interna que autoriza la revelación de expedientes médicos para que IRO los revise. No se aceptarán apelaciones presentadas por su proveedor si este formulario no está completado y firmado. El miembro puede enviar información adicional a IRO.

Dentro de los cinco (5) días laborables posteriores a la fecha de recepción del aviso, le daremos a IRO toda la información relevante necesaria para la apelación. La revisión externa se completará

dentro de los cuarenta y un (41) días posteriores a la recepción de la apelación externa. IRO le informará a usted, a su representante autorizado o a un proveedor autorizado para actuar en su nombre de su decisión.

La decisión de IRO se considerará definitiva y vinculante para usted y para nosotros a los efectos de determinar la cobertura según un contrato médico. Este proceso de apelaciones será su único recurso en disputas relacionadas con determinaciones de si un servicio o artículo médico es o fue médicamente necesario o de investigación, excepto en la medida en que haya otros recursos disponibles según la ley estatal o federal.

Puede comunicarse directamente con el Comisionado de Seguros para obtener ayuda.

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

Apelaciones rápidas

El proceso de apelación rápida está disponible para la revisión de la determinación adversa de beneficios que incluye una situación en la que el plazo de la apelación médica estándar pondría en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para recuperar la función máxima. Incluye una situación en la que, según la opinión del médico tratante, el miembro puede experimentar un dolor que no se puede manejar adecuadamente mientras espera una decisión de apelación médica estándar.

Una apelación rápida también incluye solicitudes relacionadas con la admisión, disponibilidad de atención, estancia continua o servicio de atención médica para un miembro que actualmente está en la sala de emergencias, en observación o que recibe atención en el hospital.

También hay una apelación externa rápida si la determinación adversa de beneficios implica una denegación de cobertura basada en una determinación de que el servicio o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado se considera experimental o de investigación, y el médico tratante de la persona cubierta certifica por escrito que el servicio o tratamiento de atención médica recomendado o solicitado que es objeto de la determinación adversa de beneficios sería significativamente menos efectivo si no se inicia de inmediato.

Las apelaciones rápidas no están disponibles para la revisión de servicios prestados en el pasado.

Una apelación rápida estará disponible y podrá ser iniciada por el miembro, su representante autorizado o un proveedor autorizado para actuar en nombre del miembro. Las solicitudes de apelación rápida pueden ser verbales o escritas.

Para todas las apelaciones verbales, incluyendo las apelaciones rápidas, llame al 1-844-282-0380.

Para todas las apelaciones escritas, incluyendo las apelaciones rápidas, envíe un fax al 866-416-2840 o envíe por correo a:

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

1. Apelaciones médicas internas rápidas

En estos casos, tomaremos una decisión a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir una solicitud de apelación rápida que cumpla los criterios de una apelación rápida interna. Si el proceso de apelación médica interna rápida no resuelva una diferencia de opinión entre nosotros y el miembro o el proveedor que actúa en nombre del miembro, la apelación puede elevarse a una apelación externa rápida.

Si una apelación médica interna rápida no cumple los criterios de apelación rápida o no incluye la firma de certificación médica, la apelación seguirá el proceso y el plazo de la apelación estándar.

2. Apelación médica externa rápida

Una apelación externa rápida es una solicitud de revisión inmediata de una Organización de Revisión Independiente (IRO). La solicitud puede presentarse junto con una solicitud de apelación rápida interna, ya que la Organización de Revisión Independiente asignada para hacer dicha revisión externa rápida determinará si la solicitud es elegible para una revisión externa en el momento de la recepción. Enviaremos toda la información relevante para las solicitudes de apelación externa rápida a IRO para que la revisión se complete lo antes posible a partir del momento de la recepción.

Si se niega, el miembro puede apelar ante el Comisionado de Seguros de Louisiana. Si quiere presentar su solicitud por escrito, debe enviarla a:

Louisiana Department of Insurance
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en línea en:

www.lidi.la.gov

Revisión informal

Sus derechos de apelación se describen arriba. Además de los derechos de apelaciones, su proveedor puede hablar con un director médico para una revisión informal de nuestra decisión de cobertura cuando se refieren a determinaciones de necesidad médica.

Una revisión informal es una solicitud por teléfono, hecha por un proveedor autorizado en su nombre, para hablar con nuestro director médico o un revisor de pares sobre una decisión de manejo del uso que tomamos. Una revisión informal generalmente se basa en la presentación de información adicional o un debate entre pares.

Una revisión informal está disponible solo para determinaciones iniciales que se solicitan dentro de los diez (10) días siguientes a la denegación o determinación de revisión del uso simultáneo. Haremos una revisión informal dentro de un (1) día laborable a partir de la recepción de la solicitud.

Revisión retrospectiva del uso

Si hacemos una revisión retrospectiva del uso y da como resultado una determinación adversa, le informaremos 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 una extensión es necesaria debido a circunstancias fuera de nuestro control, y usted y su proveedor serán informados de dicha extensión, incluyendo la fecha estimada de determinación, dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción del reclamo.

Si se necesita una extensión porque usted o su proveedor tienen que presentar información necesaria para tomar 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 a partir de la fecha de recepción del aviso de extensión para presentar la información especificada.

Proceso de quejas

Si nos informa de una queja oral o escrita, le enviaremos, a más tardar el quinto día laborable después de la fecha de recepción de la queja, una carta reconociendo la fecha en que recibimos la queja. Si su queja se recibió de forma oral, adjuntaremos un formulario de queja de una página con la carta de acuse de recibo. No tiene que devolver el formulario de queja, pero le pedimos que lo haga porque el formulario nos ayudará a resolver la queja. Nuestra carta incluirá nuestros procedimientos de quejas y plazos para su resolución. Resolveremos su queja a más tardar el trigésimo (30) día calendario después de la fecha. Si su queja se refiere a una emergencia o una denegación de hospitalización continua, investigaremos y resolveremos su queja según la inmediatez de su condición, pero en ningún caso más tarde de un (1) día laborable después de recibir su queja.

Después de que hayamos revisado su queja, le enviaremos una carta de respuesta que:

- explica la resolución de la queja,
- indica las razones médicas o contractuales específicas de la resolución,
- establece la especialización de cualquier médico o proveedor consultado, y
- contiene una descripción completa del proceso para apelar la decisión, con los plazos del proceso de apelaciones y las fechas límite para la decisión final sobre la apelación.

Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Louisiana

Cualquier persona, incluyendo personas que hayan intentado resolver una queja mediante nuestro proceso de apelaciones y quejas y que no estén satisfechas con la resolución, pueden presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Louisiana llamando al número gratis 1-800-259-5300. Si quiere presentar su solicitud por escrito, debe enviarla a:

Louisiana Department of Insurance
P.O. Box 94214
Baton Rouge, LA 70804-9214

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en línea en:

www.lidi.la.gov

Agotamiento de recursos

Debe completar los niveles de nuestro proceso de apelaciones y quejas aplicable a usted y cualquier proceso de revisión regulatorio/legal disponible para usted según la ley estatal o federal antes de presentar una acción legal. El agotamiento de estos procesos administrativos y regulatorios asegura que usted y nosotros tengamos una oportunidad justa y razonable de resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones de este Contrato.

Forma de aviso cultural y lingüísticamente apropiada

Cuando le enviemos información, nos aseguraremos de:

- Ofrecer servicios de lenguaje oral (como una línea directa telefónica de asistencia al cliente) que incluya responder preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y dar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluyendo la revisión externa) en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés.
- Dar, previa solicitud, un aviso en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés.
- Incluir en las versiones en inglés de todos los avisos, una declaración que se muestre de manera destacada en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos prestados por el plan de atención médica.
- Enviar avisos que tengan más del diez por ciento (10%) de población que no habla inglés en un idioma que no sea inglés. Usamos el estándar emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (health and human services, HHS). El estándar está en <http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html>.

PAGO DE LA PRIMA

Pago de la prima

Usted es responsable de pagar su prima a tiempo. La primera prima se debe pagar con la solicitud de inscripción. Las demás primas vencen el primer día de cada mes por la cobertura correspondiente a ese mes. La duración de un período de prima es de un mes. Todas las primas deben pagarse a nosotros.

Debe pagarnos la prima requerida a medida que venza. Si no recibimos su prima a tiempo, o dentro del período de gracia, cancelaremos la cobertura según la sección TERMINACIÓN DE COBERTURA de este Contrato. No seremos económicamente responsables de ningún servicio prestado después de esa fecha.

Período de gracia

Miembros sin pagos por adelantado del crédito fiscal federal para la prima

Se dará un período de gracia de 30 días para el pago de cada prima pendiente después de la primera prima. Durante el período de gracia, la cobertura seguirá vigente. Si el pago no se recibe dentro del período de gracia de 30 días, la cobertura se cancelará a partir del último día del mes anterior al comienzo del período de gracia. Le enviaremos por correo un aviso de falta de pago quince días antes del final de su período de gracia.

Ejemplo: El pago de abril vence el 1 de abril. Si el pago no se recibe antes del 30 de abril, la cobertura se cancela retroactivamente al último día de marzo.

Miembros con pagos por adelantado del crédito fiscal federal para la prima

Se dará un período de gracia de tres (3) meses a las personas calificadas que hayan pagado al menos un (1) mes de primas y estén recibiendo pagos por adelantado del crédito fiscal federal para la prima. Si no recibimos el total de la prima que debe pagarse dentro del período de gracia de tres meses, cancelaremos su cobertura el último día del primer mes del período de gracia, incluso si se reciben pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima.

Seguiremos pagando todos los reclamos correspondientes por servicios cubiertos que se le presten durante el primer mes del período de gracia y denegaremos los reclamos de farmacia por servicios cubiertos que se le presten en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Le informaremos a usted y al Mercado de la falta de pago de las primas. También informaremos a los proveedores de la posibilidad de reclamos denegados cuando usted esté en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Seguiremos cobrando los pagos por adelantado de los créditos fiscales para las primas en su nombre del Departamento del Tesoro, y devolveremos los pagos por adelantado de los créditos fiscales para las primas pagados en su nombre durante el segundo y tercer mes del período de gracia si agota su período de gracia, como se describe arriba.

Ejemplo: El pago de abril vence el 1 de abril. Si el pago no se recibe antes del 30 de junio, la cobertura se cancela retroactivamente al último día de abril.

Cambios en los pagos de primas

Nos reservamos el derecho de cambiar anualmente la cantidad de la prima correspondiente a los beneficios cubiertos. Le daremos un aviso por escrito con al menos 60 días de antelación sobre cualquier cambio en el pago de la prima.

Su tarifa puede cambiar. Algunos ejemplos de los motivos incluyen:

- Un cambio de residencia.
- La inscripción de un dependiente por un evento calificado.
- Terminación de la cobertura de un dependiente en un contrato familiar.

Recuperación de pagos en exceso de beneficios

Tenemos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos hecho. La recuperación puede hacerse de uno o más de los siguientes: cualquier persona a quien, para quien o respecto de quien se hayan prestado dichos servicios o se hayan hecho dichos pagos; cualquier tercero responsable del pago; cualquier plan de atención médica u otra organización.

El derecho de recuperación nos pertenece solo a nosotros. Se usa a nuestra entera discreción. Si le decimos a usted (o a su representante legal si es menor de edad o legalmente incompetente) que estamos buscando la recuperación de estos beneficios, le pedimos que coopere con nosotros para asegurar estos derechos de recuperación.

DISPOSICIONES GENERALES

Enmiendas

Le avisaremos con sesenta (60) días de antelación antes de cualquier cambio administrativo. Recibirá una enmienda a su contrato que muestra cualquier cambio. Esto no incluye cambios en sus beneficios, ya que no cambian durante el año.

Cesión

Pagaremos directamente al proveedor.

Disponibilidad de servicios de proveedores

No garantizamos que un hospital, centro de atención médica, médico u otro proveedor en particular esté disponible en la red de proveedores.

Circunstancias fuera de nuestro control

Si ocurre un desastre, haremos un esfuerzo de buena fe para ayudarlo a obtener los servicios cubiertos, y seguiremos siendo responsables del pago de dichos servicios. Sin embargo, no seremos responsables de los daños que resulten de retrasos o fallas debido a la falta de centros o personal que estén fuera de nuestro control. Ejemplos de desastres son terremotos, epidemias, guerras y disturbios.

Error administrativo

Un error administrativo en el mantenimiento de registros no anulará la cobertura válidamente en vigor ni continuará la cobertura válidamente terminada. Cuando se descubra el error, se hará un ajuste equitativo de la prima.

Cálculo del tiempo

Siempre que la reglamentación estatal requiera que se tome una acción dentro de un cierto período de tiempo a partir de la recepción de una solicitud o documento, la solicitud o documento tendrá un plazo de tres (3) días laborables a partir de la fecha, si se envió por correo.

Cumplimiento de las leyes estatales

Cualquier disposición que, en su fecha de entrada en vigor, esté en conflicto con las leyes del estado en el que usted reside, se modifica por la presente para cumplir los requisitos mínimos de dichas leyes y no se invalidará, sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente todas las leyes aplicables.

Exención de responsabilidad

No tenemos control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención u otro servicio que le da a usted cualquier centro o proveedor, ya sea un proveedor participante o no participante. No somos responsables de las pérdidas o lesiones causadas por ningún proveedor de atención médica por negligencia o de otro modo.

Contrato completo

Este Contrato y *Evidencia de cobertura* y el *Resumen de beneficios y Cobertura*, el *Programa de beneficios* y el *Formulario*; la Solicitud; y cualquier anexo, enmienda o endosos constituyen

colectivamente el Contrato completo entre nosotros y usted. Ningún cambio en este Contrato es válido a menos que sea por escrito y esté aprobado por uno de nuestros directores ejecutivos. Se le informará de dichos cambios. Ningún agente puede cambiar esta Evidencia de cobertura ni renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Ejecución de un contrato – Solicitud de cobertura

Las partes reconocen y acuerdan que su firma o ejecución de la solicitud se considerará como su aceptación del contrato, incluyendo este Contrato. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude o declaración falsa intencional de un hecho material, hechas por cualquier solicitante (usted o sus dependientes) se considerarán representaciones y no garantías. Ninguna de dichas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los beneficios, a menos que estén contenidas en una solicitud por escrito firmada por el asegurado principal y que se haya dado al asegurado principal o a su representante.

Reforma de salud federal y estatal

Este Contrato cumplirá todas las leyes, normas y reglamentaciones estatales y federales aplicables. En la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio en la ley, o con la promulgación de cualquier norma o reglamentación final que afecte directamente nuestras obligaciones bajo este Contrato, este Contrato se modificará y se presentará para la aprobación estatal o federal correspondiente. Le informaremos cuando esto suceda.

Fraude

Estamos obligados a cooperar con las agencias gubernamentales, reguladoras y para el cumplimiento de la ley para informar sobre actividades sospechosas. Esto incluye la actividad del proveedor y la del miembro.

Ley aplicable

El Contrato se emite en el estado de Louisiana y se interpretará según las leyes del estado de Louisiana y las normas y reglamentaciones federales aplicables.

Hospitalización en la fecha de entrada en vigor de la cobertura

Si está confinado en un hospital en la fecha de entrada en vigor de su cobertura, debe informar al Plan de la hospitalización dentro de los dos (2) días, o tan pronto como sea razonablemente posible desde ese momento.

Tarjetas de identificación

Emitimos tarjetas de identificación (ID) solo con fines de identificación. La posesión de nuestra tarjeta de identificación no da derechos a servicios u otros beneficios según este Contrato. Para recibir estos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser un miembro para quien se hayan pagado todos los cargos del Contrato aplicables. Si usted o cualquier familiar permite el uso de su tarjeta de identificación por cualquier otra persona, todos sus derechos y los de otros familiares según con este Contrato pueden rescindirse inmediatamente a nuestro criterio. Por lo tanto, a cualquier persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho según las disposiciones de este Contrato, se le cobrarán las tarifas generalmente aplicadas en el área por servicios médicos, de hospital y otros servicios de atención médica.

Contratistas independientes

Los proveedores participantes no son empleados, representantes o agentes del Plan. Son contratistas independientes. El Plan no es responsable de sus acciones u omisiones. Le recomendamos que se comunique con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 si no está satisfecho con su atención.

Acciones legales

El grupo o miembro no podrá iniciar ninguna acción legal para reclamar beneficios bajo este Plan antes de que transcurran los sesenta (60) días después de que nos haya presentado una prueba escrita de pérdida, según los requisitos de la ley estatal. No se podrá iniciar ninguna acción de este tipo después de que hayan transcurrido tres (3) años desde la fecha en que se requiere la presentación de una prueba escrita de pérdida.

Actividad del miembro

Cualquier persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente información falsa para los servicios es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y sanciones penales. Podemos cancelar la inscripción de cualquier miembro por cualquier tipo de actividad fraudulenta. Algunos ejemplos de actividad fraudulenta incluyen:

- Falsificación de información de inscripción.
- Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación.
- Falsificación o venta recetas.
- Hacer una declaración falsa sobre una condición médica para recibir beneficios cubiertos a los que normalmente no tendría derecho.

Declaración falsa de información

Si, durante los primeros dos (2) años a partir de la fecha de entrada en vigor de su cobertura o la de sus dependientes, usted omitió intencionalmente información sobre hechos materiales en su solicitud o dio información fraudulenta, la cobertura para usted o su dependiente será nula y quedará sin efecto desde la fecha de entrada en vigor. Para fraudes, no se aplicarán límites de tiempo y se le pedirá que pague todos los beneficios que le hayamos dado. Le daremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

Si la edad del miembro se indicó de manera errónea, todas las cantidades que deben pagarse según este Contrato se ajustarán para reflejar la prima que se habría pagado por la edad correcta.

Declaración fraudulenta

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

- esté escrito en una solicitud de inscripción firmada por el asegurado principal; y
- se dé o se haya dado una copia firmada de la solicitud de inscripción al asegurado principal o al representante personal de dicho asegurado.

Este Contrato solo puede ser impugnado debido a fraude o declaración falsa intencional de hechos materiales hechos en la solicitud de inscripción.

Aviso

Si este Contrato nos exige o nos autoriza a enviarle un aviso, se considerará entregado de manera adecuada si se hace por escrito y se entrega personalmente o se envía por correo de los Estados Unidos con franqueo prepago y dirigido a usted a la dirección registrada en nuestros archivos de la oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar la exactitud de la dirección registrada en nuestros archivos.

Políticas y procedimientos

Podemos adoptar políticas, procedimientos, reglas e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficiente del Contrato.

Actividad del médico/proveedor

Si sospecha que un médico, farmacia, hospital, centro u otro profesional médico hizo alguna de las actividades que se mencionan abajo, llame al médico o proveedor y solicite una explicación, ya que puede haber un error.

- Cobrar por servicios que no recibió.
- Facturar más de una (1) vez por el mismo servicio.
- Facturar por un tipo de servicio, pero prestar otro (como cobrar por un tipo de equipo pero entregar otro menos costoso).
- Darle información fraudulenta (como cambiar su diagnóstico o cambiar las fechas en que fue atendido en la oficina).

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

Renovación

Podemos renovar este Contrato después de la terminación sin la ejecución de una nueva solicitud o la emisión de una nueva tarjeta de identificación. La renovación de una póliza después de la falta de pago de la prima cubrirá únicamente las pérdidas que resultan de lesiones accidentales sufridas posteriormente o las pérdidas por una enfermedad que comience más de diez días después de la fecha de dicha aceptación.

Límite de tiempo en ciertas defensas

Debe completar la solicitud de inscripción de manera completa y precisa en su nombre y en el de cualquier dependiente elegible que quiera inscribir en el Plan. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, hechas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán representaciones y no garantías. Dichas declaraciones no se usarán para anular la cobertura o reducir los beneficios a menos que estén contenidas en una solicitud por escrito de este Contrato. Si hace una declaración errónea en una solicitud que NO sea fraudulenta o intencional, le calificaremos y cobraremos la prima que se habría aplicado en el momento en que la cobertura entró en vigor si no se hubiera producido dicha declaración errónea.

Exención por agentes

Ningún agente o persona, excepto un funcionario de CHRISTUS Health Plan, tiene la autoridad para renunciar a cualquier condición o restricción de este Contrato, extender el tiempo para hacer el pago u obligar a CHRISTUS Health Plan haciendo promesas o representaciones o dando o recibiendo cualquier información. Ninguna renuncia, extensión, promesa o representación será válida o efectiva a menos que se muestre mediante un anexo o enmienda por escrito a este Contrato, o en una carta de acuerdo firmada por un funcionario de CHRISTUS Health Plan.

DEFINICIONES

A menos que se defina específicamente en otra parte, dondequiera que se usen en este Contrato, los siguientes términos tienen los significados que se indican abajo:

Lesión accidental significa una lesión corporal causada únicamente por medios externos, traumáticos e imprevistos. Las lesiones accidentales no incluyen enfermedades o infecciones, hernias o accidentes vasculares cerebrales. Las lesiones dentales causadas por masticar, morder o maloclusión no se consideran una lesión accidental.

Lesión cerebral adquirida significa una lesión en el cerebro que ocurre después del nacimiento, no es congénita ni degenerativa e impide la función normal del cerebro. Las lesiones cerebrales pueden ser leves, moderadas o graves y pueden causar pérdida de memoria, cambio en la personalidad, disfunción del comportamiento, dificultad para manejar la ira, deterioro del juicio o pérdida del juicio.

Acupuntura se refiere al uso de agujas insertadas y retiradas del cuerpo y al uso de otros dispositivos, modalidades y procedimientos en lugares específicos del cuerpo para la prevención, cura o corrección de cualquier enfermedad, dolencia, lesión, dolor u otra condición mediante el control y la regulación del flujo y el equilibrio de la energía y del funcionamiento de la persona para restaurar y mantener la salud.

Queja administrativa significa una queja oral o escrita presentada por o en nombre de un demandante sobre cualquier aspecto de un plan de beneficios médicos que no sea una solicitud de servicios de atención médica, que incluye, entre otros:

- prácticas administrativas del plan de atención médica que afectan la disponibilidad, prestación o calidad de los servicios de atención médica;
- pago, manejo o reembolso de reclamos por servicios de atención médica; y
- terminación de la cobertura.

Pagos por adelantado del Crédito Fiscal Federal para la Prima (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APFPTC) se refieren al pago de los créditos fiscales como se especifica en la sección 36B del Código de los EE. UU. (según lo agregado en la sección 1401 de PPACA) y que se pagan por adelantado a una persona elegible inscrita en un QHP individual del Mercado, según las secciones 1402 y 1412 de PPACA.

Determinación adversa significa:

- Una determinación del Plan o de su revisión del uso de que, con base en la información dada, una solicitud de beneficio bajo el Plan de beneficios médicos, después de la aplicación de cualquier técnica de revisión del uso, no cumple los requisitos del Plan en cuanto a necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad o se determina que el beneficio es experimental o de investigación y, por lo tanto, el beneficio solicitado se niega, reduce o termina o no se da, en su totalidad o en parte.
- Negar, reducir, terminar o no pagar un beneficio, en su totalidad o en parte, basado en la determinación de HHI (o URO) sobre la elegibilidad de una persona cubierta para participar en el plan de beneficios médicos del seguro.

- Cualquier determinación de revisión de perspectiva o retrospectiva que niegue, reduzca o termine o no pague un beneficio, en su totalidad o en parte, bajo un plan de beneficios médicos.
- Una determinación de rescisión de cobertura.
- Las determinaciones adversas de medicamentos con receta implican la denegación de beneficios si:
 - el medicamento no está incluido en un formulario de medicamentos usado por el plan de beneficios médico, y
 - el médico del inscrito u otro profesional autorizado que receta determinó que el medicamento es médicamente necesario.

Alcoholismo significa dependencia del alcohol o abuso de alcohol que cumple los criterios mencionados en el Manual Diagnóstico y Estadístico IV de estos trastornos.

Gasto permitido es la cantidad que determinamos como la cantidad máxima que debe pagarse por un servicio cubierto. Para los servicios cubiertos prestados por proveedores no participantes, la cantidad que debe pagar será una tarifa acordada por nosotros y el proveedor no participante o se basará en nuestro programa de tarifas fuera de la red. El programa de tarifas fuera de la red es la tarifa habitual y acostumbrada, basada en la cantidad media negociada por CHRISTUS para los servicios dentro de la red, y consistente con las normas y la lógica de agrupación reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas. Nuestro programa de tarifas fuera de la red se basa en estándares y prácticas de la industria generalmente aceptados para determinar el cargo facturado habitual por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluyendo las diferencias geográficas en los costos, y es consistente con las normas y la lógica de agrupación reconocidas a nivel nacional y generalmente aceptadas.

Ambulancia se refiere a un vehículo con licencia oficial como ambulancia del organismo regulador local, destinada a dar transporte de emergencia a un hospital o transporte de un hospital a otro centro de atención médica a personas que no pueden trasladarse por otros medios para recibir atención o cuando el hospital no puede dar la atención necesaria. Los gastos de ambulancia aérea se cubrirán solo por el transporte desde el lugar de una emergencia hasta el hospital más cercano que pueda tratar la condición, en lugar de usar el servicio de ambulancia local.

Servicios ambulatorios se refiere a servicios de atención médica prestados en el consultorio de un proveedor, clínica, centro médico o centro quirúrgico ambulatorio en el que la estancia del paciente no excede las 24 horas.

Centro quirúrgico ambulatorio significa un centro (que no sea un hospital) con la función principal de ofrecer procedimientos quirúrgicos de manera ambulatoria y que está debidamente autorizado por la autoridad estatal y local correspondiente para prestar servicios ambulatorios.

Máximo de gastos de bolsillo anual se refiere a una cantidad específica en dólares de servicios cubiertos recibidos en un año calendario que es lo máximo que pagará el miembro (responsabilidad de costos compartidos) para ese año calendario.

Apelación se refiere al proceso formal por el que usted, una persona que actúa en su nombre o su proveedor de registro puede solicitar la reconsideración de una determinación adversa.

Solicitud se refiere a los formularios que cada asegurado principal debe completar cuando se inscribe en nuestra cobertura.

Trastorno del espectro autista se refiere a un trastorno neurobiológico que incluye autismo, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera.

Cirugía bariátrica significa cirugía que modifica el tracto gastrointestinal para disminuir el consumo de calorías y, por lo tanto, bajar de peso.

Servicios básicos de atención médica incluye atención de emergencia, atención en el hospital y prestada por médicos para pacientes hospitalizados, servicios médicos y quiroprácticos para pacientes ambulatorios y servicios de laboratorio y radiografías. El término debe incluir cobertura opcional para servicios de salud mental por abuso de alcohol o drogas. Para los servicios quiroprácticos, dichos servicios se prestarán mediante remisión, a solicitud del inscrito que presente una condición de naturaleza ortopédica o neurológica que requiera remisión y para la que el tratamiento esté dentro del alcance de un quiropráctico autorizado.

Trastorno de conducta es una discapacidad caracterizada por la presencia de comportamientos con suficiente duración, frecuencia e intensidad durante un largo período de tiempo, que se desvían significativamente de las normas socialmente aceptables para la edad y la situación de una persona.

Beneficiario se refiere a una persona designada por un participante, o por los términos de un plan de beneficios de seguro médico, que tiene o puede tener derecho a un beneficio bajo el plan.

Biorretroalimentación se refiere a una terapia que da evidencia visual, auditiva o de otro tipo sobre el estado de ciertas funciones corporales para que una persona pueda ejercer un control voluntario sobre dichas funciones y, de ese modo, aliviar una condición corporal anormal.

Productos biológicos son compuestos médicos que se preparan a partir de organismos vivos o sus productos.

Año calendario es el período de tiempo que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cualquier año. El período inicial del año calendario es a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de un miembro y finaliza el 31 de diciembre, que puede ser inferior a 12 meses.

Certificación significa una decisión de un plan médico en la que un servicio de atención médica solicitado por un proveedor o reclamante fue revisado y, según la información disponible, cumple los requisitos del plan médico para cobertura y necesidad médica, y por lo tanto, se aprueba el servicio de atención médica solicitado.

Enfermera partera certificada es toda persona que tiene licencia de la Junta de Enfermería como enfermera registrada y que también tiene licencia del Departamento de Salud de Louisiana como enfermera partera certificada.

Enfermero de práctica avanzada certificado es un enfermero registrado aprobado por la Junta de Enfermería para la práctica ampliada como enfermero de práctica avanzada certificado. El nombre y la información relevante de un enfermero de práctica avanzada certificado se incluyen en la lista de enfermeros de práctica avanzada certificados que mantiene la Junta de Enfermería de Louisiana.

Ensayo clínico significa cualquier estudio de investigación que asigna de manera anticipada a personas o grupos de personas a una o más intervenciones relacionadas con la salud para evaluar los efectos en los resultados médicos.

Codependencia es un término popular que se refiere a todos los efectos que tienen las personas dependientes del alcohol u otras sustancias sobre quienes las rodean, incluyendo los intentos de esas personas de influir en la persona dependiente.

Coseguro es la responsabilidad económica compartida por los gastos cubiertos entre la persona cubierta y este Plan, expresada como un porcentaje.

Comisionado significa el Comisionado de Seguros de Louisiana.

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

Queja significa cualquier inconformidad expresada oralmente o por escrito por un demandante a una organización para el mantenimiento de la salud sobre cualquier aspecto de la operación de dicha organización.

Revisión del uso simultáneo significa una forma de revisión del uso para servicios de atención médica en curso o para una extensión del tratamiento más allá de los servicios de atención médica previamente aprobados.

Condición es un grupo de diagnósticos relacionados que afectan al mismo órgano, sistema o proceso de enfermedad.

Copago es la cantidad que los miembros deben pagar a un proveedor participante u otro proveedor autorizado en relación con la prestación de servicios de atención médica.

Cirugía estética significa una cirugía que se hace principalmente para mejorar la apariencia y la autoestima, lo que puede incluir modificar estructuras normales del cuerpo.

Costo compartido significa cualquier contribución que hagan los miembros para al costo de sus servicios de atención médica cubiertos, según se define en su Contrato. Esto incluye deducibles y copagos.

Cobertura/Cubierto significa beneficios dados por este Contrato, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de este Contrato.

Beneficio cubierto o servicios cubiertos significa un beneficio o servicio que incurre un miembro o en nombre de este por los servicios o suministros que:

- Son administrados u ordenados por un médico u otro proveedor calificado.
- Son médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una lesión o enfermedad.
- No están excluidos por ninguna disposición del Contrato.
- Se incurren mientras la cobertura del miembro esté en vigor bajo el Contrato.

Se considera que se incurre en un servicio cubierto en la fecha en que se prestó u obtuvo dicho servicio o suministro que generó el gasto o cargo.

Craneomandibular significa la articulación donde la mandíbula se une al cráneo. Consulte también Articulación temporomandibular (ATM).

Cobertura acreditable significa la cobertura de una persona bajo (a) Un plan médico de grupo; (b) cobertura de seguro médico; (c) cobertura de Medicare; (d) Medicaid; (e) cobertura de seguro médico bajo la Ley General Militar; (f) un programa de atención médica del Servicio de Salud Indígena o de una organización tribal; (g) un fondo estatal de riesgos de beneficios médicos; (h) un plan médico ofrecido a empleados federales; (i) un plan de salud pública; o (j) un plan de beneficios médicos para miembros del Cuerpo de Paz. Este término no incluye la cobertura que consiste únicamente en beneficios exceptuados.

Cuidado de compañía significa cualquier servicio prestado principalmente para la comodidad o conveniencia personal, que ofrece mantenimiento general, atención preventiva o de protección, sin probabilidad clínica de mejora de la condición de un miembro. La atención de custodia también se refiere a los servicios que no requieren competencias técnicas, capacitación profesional y capacidad de evaluación clínica del personal médico o de enfermería para poder hacerse de manera segura y efectiva. Estos servicios pueden prestarse de manera segura por personal no profesional capacitado o competente, para ayudar con necesidades médicas de rutina (por ejemplo, cuidados y vendajes simples, administración de medicamentos de rutina, etc.) y con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, comer, vestirse, etc.).

Ortesis a medida se refiere a una ortesis que se fabrica individualmente para un paciente específico, empezando con materiales básicos que incluyen, entre otros, plástico, metal, cuero o tela en forma de láminas, barras, etc. Requiere trabajo importante como cortar, doblar, moldear, coser, etc. Puede incluir el uso de algunos componentes prefabricados. Implica más que recortar, doblar o hacer otras modificaciones a un artículo mayormente prefabricado.

Deducible es parte de la contribución que hacen los miembros para el costo de su atención médica, también conocida como costo compartido. Significa la cantidad que el miembro debe pagar cada año calendario, directamente al médico/proveedor en relación con los servicios de atención médica cubiertos antes de que CHRISTUS Health Plan comience a pagar los beneficios cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios de atención médica.

Departamento significa el Departamento de Seguros de Louisiana.

Servicio de diagnóstico significa procedimientos ordenados por un médico/proveedor para determinar una condición o enfermedad específica o revisar el estado médico de una condición o enfermedad existente.

Equipo médico duradero significa equipo o suministros indicados por un médico/proveedor que son médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión accidental, o para prevenir un mayor deterioro del miembro. Este equipo está diseñado para uso repetido, generalmente no es útil en ausencia de una enfermedad o lesión accidental, e incluye artículos como equipos de oxígeno, sillas de ruedas, camas de hospital, muletas y otro equipo médico.

Fecha de entrada en vigor se refiere a las 12:01 a. m. de la fecha en que comienza la cobertura del miembro.

Atención de emergencia o servicios de atención de emergencia son servicios de atención médica prestados en un centro médico de emergencias del hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia comparable para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de emergencia.

Condición médica de emergencia es una lesión grave o una condición médica de inicio y gravedad recientes, que incluye dolor intenso. La lesión o condición médica debe hacer que una persona prudente con conocimiento promedio de medicina y salud crea que si no recibe atención médica inmediata podría: (a) poner en grave peligro la vida o la salud de dicha persona; (b) causar un deterioro grave en las funciones corporales; (c) causar un deterioro grave de un órgano o parte del cuerpo; (d) causar una desfiguración grave; o (e) para una mujer embarazada, poner en grave peligro la salud del feto.

Beneficios médicos esenciales son determinados por HHS bajo PPACA y están sujetos a cambios, pero actualmente incluyen las siguientes categorías generales de servicio: Servicios ambulatorios; servicios de atención de emergencia; hospitalizaciones; servicios de maternidad y para recién nacidos; servicios para trastornos de conducta, trastornos de salud mental o condiciones de abuso de sustancias; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar; servicios relacionados con el manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, incluyendo la atención dental y de la vista.

Mercado se refiere al Mercado de Seguros Médicos.

Servicios excluidos significa servicios médicos que no son servicios cubiertos y que no pagaremos.

Experimental o de investigación se refiere a un tratamiento, servicio o dispositivo médico para el que existe evidencia científica o clínica y en desarrollo que demuestra la posible eficacia del tratamiento, servicio o dispositivo, pero que aún no es aceptado ampliamente como el estándar predominante de atención.

Reducciones federales de costos compartidos se refiere a reducciones en los costos compartidos provistos por la ley federal para una persona elegible, como para una persona

inscrita en un plan de nivel Silver en el Mercado o para una persona que es un indio americano/nativo de Alaska inscrito en un QHP en el Mercado.

Atención de seguimiento es el contacto con o el reexamen de un paciente en intervalos indicados después de un diagnóstico o durante un tratamiento.

Formulario se refiere a una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nosotros en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recomendadas que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Usted puede obtener su *Formulario* llamando al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación.

Errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM) significa una enfermedad causada por una anomalía heredada en la bioquímica del organismo e incluye las siguientes enfermedades:

- Aciduria glutárica
- Acidemia isovalérica
- Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
- Acidemia metilmalónica
- Fenilcetonuria
- Acidemia propiónica
- Tirosinemia
- Defectos del ciclo de la urea

Servicios y dispositivos de habilitación significa servicios o dispositivos de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las competencias y funciones para la vida diaria. Los ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Plan de beneficios médicos se refiere a un plan médico o contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un plan médico o administrador de plan para dar, entregar, organizar, pagar o reembolsar los costos de los servicios de atención médica.

Centro de atención médica se refiere a cualquier centro que preste servicios de atención médica, incluyendo un hospital, una clínica de emergencias, una clínica ambulatoria u otro centro que preste servicios de atención médica.

Plan médico se refiere a una persona que tiene un certificado de autorización válido y vigente para actuar como una organización para el mantenimiento de la salud, un plan médico sin fines de lucro o un plan dental prepagado.

Profesional médico se refiere a un médico u otro profesional médico, incluyendo un farmacéutico, que tiene licencia, certificación o autorización del estado para prestar servicios de atención médica según la ley estatal.

Servicios de atención médica significa cualquier servicio prestado por proveedores que incluye, entre otros, atención médica y quirúrgica; servicios psicológicos, optométricos, ópticos, quiroprácticos, podiátricos, de enfermería y farmacéuticos; educación en salud, servicios de rehabilitación y salud en casa; fisioterapia; servicios en el hospital para pacientes hospitalizados y ambulatorios; servicios dietéticos y nutricionales; servicios de laboratorio y ambulancia; y cualquier otro servicio para prevenir, aliviar, curar o tratar enfermedades, lesiones o discapacidades físicas. Los servicios de atención médica también significan atención dental, limitada a cirugía bucal y maxilofacial hecha por cirujanos orales y maxilofaciales calificados por la junta. El término también incluye una prueba de Papanicolaou anual para cáncer de cuello uterino y un examen de mamografía.

Organización para el mantenimiento de la salud significa cualquier persona que se compromete a dar o hacer arreglos para la prestación de servicios básicos de atención médica a los inscritos con base prepagada, excepto por la responsabilidad del inscrito de copagos o deducibles.

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

Agencia de atención médica en casa se refiere a una agencia u organización que:

- Se especializa en dar atención de enfermería o servicios terapéuticos a domicilio.
- Tiene licencia para dar dicha atención o servicios por la agencia de licencias correspondiente donde se prestan los servicios o está certificada como una agencia de atención médica en casa bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, según enmendada.
- Opera dentro del alcance de su licencia de certificación.
- Mantiene un expediente médico completo para cada paciente.

Agencia de atención médica en casa no se refiere a ningún otro servicio o agencia similar que no cumpla esta definición, incluso si el servicio o agencia cumple algunos de los requisitos mencionados arriba o presta algunos o todos los servicios que puede dar una agencia de atención médica en casa.

Terapia de infusión en casa se refiere a la administración de líquidos, nutrición o medicamentos (incluyendo todos los aditivos y quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral) o por inyección intravenosa en su casa. La terapia de infusión en casa incluye:

- Medicamentos y soluciones intravenosas.
- Servicios de preparación y dispensación de farmacias.
- Todo el equipo y suministros auxiliares necesarios para la terapia definida.
- Servicios de entrega.
- Educación para el paciente y la familia.
- Servicios de enfermería.

Programa de cuidados de hospicio se refiere a una organización debidamente autorizada para prestar servicios del programa de cuidados de hospicio. Un hospicio aprobado debe tener licencia cuando sea necesario, estar certificado por Medicare como hospicio o acreditado por la Comisión

Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) como hospicio.

Servicios del programa de cuidados de hospicio se refiere a un programa administrado centralmente diseñado para dar atención física, psicológica y espiritual a las personas moribundas y sus familias. El objetivo de los cuidados de hospicio es permitir que el proceso de morir ocurra con el mínimo de incomodidad para el paciente mientras se mantiene la dignidad y la calidad de vida. Los servicios del programa de cuidados de hospicio están disponibles a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en una unidad especial de cuidados de hospicio.

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

- Presta servicios de enfermería las 24 horas por enfermeros registrados (Registered Nurses, RN) autorizados.
- Principalmente da atención terapéutica y de diagnóstico bajo la supervisión de médicos mientras usted está confinado en el hospital.
- Mantiene centros quirúrgicos permanentes o tiene un acuerdo con otro centro quirúrgico supervisado por un personal de uno o más médicos.

El hospital también incluye ciertas instituciones financiadas con impuestos, que pueden no estar obligadas a mantener centros quirúrgicos. Hospital no significa centros médicos de descanso, residencia de adultos mayores, centro residencial, centros de enfermería especializada, hospital para convalecientes, residencia de cuidados de compañía para adultos mayores o instituciones similares.

Enfermedad significa enfermedad o dolencia, incluyendo todas las condiciones y sucesos relacionados, que requieran servicios de atención médica.

Organización de Revisión Independiente (IRO) significa una entidad que hace revisiones externas independientes de determinaciones adversas y determinaciones adversas finales. Para asuntos que incluyan un problema de necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención, efectividad o rescisión, un emisor de seguro médico deberá informar por escrito a la persona cubierta sobre su derecho a solicitar una revisión externa según R.S. 22:2436 a 2438.

Lesión es un daño físico debido a un accidente que ocurre únicamente, de manera directa e independiente de una enfermedad, debilidad corporal u otras causas.

Dentro de la red significa atención recibida de un proveedor participante.

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

Auxiliar de enfermería autorizado (Licensed Practical Nurse, LPN) se refiere una persona que recibió capacitación especializada en enfermería y experiencia práctica en enfermería, y que

está debidamente autorizada para prestar servicios de enfermería por el estado o la agencia reguladora responsable de dar dicha licencia en el estado en el que esa persona presta dicho servicio.

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

Atención administrada se refiere a un sistema o técnica generalmente usada por terceros pagadores o sus agentes para afectar el acceso y monitorear el pago de los servicios de atención médica. Las técnicas de atención administrada más frecuentes incluyen una o más de las siguientes:

- Revisión previa, en simultáneo y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o del lugar de los servicios.
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados.
- Incentivos o desincentivos económicos para que los inscritos usen proveedores, servicios o lugares de servicio específicos.
- Acceso controlado y coordinación de servicios por un administrador de casos.
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios para la atención de pacientes de alto costo.

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

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

Director médico es un médico que se encarga de administrar la prestación de servicios de atención médica a nuestros miembros.

Medicamento necesario significa un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio que es necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión según los estándares generalmente aceptados de la práctica médica en los Estados Unidos en el momento en que se da.

Un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio no se considerará medicamento necesario si:

- Es experimental, de investigación o con fines de investigación.
- Se da únicamente con fines educativos o por conveniencia del paciente, la familia del paciente, el médico, el hospital o cualquier otro proveedor.
- Excede en alcance, duración o intensidad el nivel de atención que se necesita para dar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y cuando el tratamiento continuo es solo para mantenimiento o atención preventiva.
- Podría haberse omitido sin afectar de manera negativa la condición del paciente o la calidad de la atención médica.
- Incluye tratamiento o uso de un dispositivo médico, medicamento o sustancia no aprobada formalmente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA).

- Incluye un servicio, suministro o medicamento que no se considera razonable y necesario según el Manual de Cobertura de Medicare de la Administración de Financiamiento de Atención Médica.

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

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

Miembro es una persona:

- que cumple cada uno de los requisitos de inscripción y elegibilidad descritos en este Contrato.
- que se inscribió correctamente en la cobertura con nosotros.
- para quien recibimos cualquier prima requerida para la cobertura inscrita.

Enfermedad/trastorno mental es cualquier condición mencionada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, o edición actual) o en la sección de Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Recién nacido significa bebés desde el momento del nacimiento hasta la edad de un (1) mes o hasta el momento en que el bebé esté lo suficientemente sano como para ser dado de alta de un hospital o unidad de cuidados especiales neonatales a su casa, lo que ocurra más tarde.

Proveedor no participante significa un proveedor que no es un proveedor participante y que ofrece servicios fuera del área. Esto también puede llamarse proveedor fuera de la red.

Apoyo nutricional se refiere a la administración de preparados sólidos, líquidos o en polvo por vía oral o por sonda enteral. Está cubierto solo cuando se requiere la alimentación enteral por sonda.

Obstetra/Ginecólogo (OB/GYN) es un médico que es elegible o certificado por la Junta Americana de Obstetras y Ginecólogos o por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos.

Terapia ocupacional se refiere a actividad terapéutica constructiva diseñada y adaptada para promover la recuperación de la función física útil y mejorar la capacidad funcional de un miembro para hacer sus actividades de la vida diaria.

Aparatos/Dispositivos ortopédicos/Ortesis se refiere a un dispositivo de apoyo rígido o semirrígido individualizado, construido y adaptado por un técnico ortopédico autorizado, que apoya o elimina el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Servicios fuera de la red significa servicios de atención médica obtenidos de un proveedor no participante.

Hospital para pacientes ambulatorios es un lugar para recibir servicios cubiertos sin ser un paciente hospitalizado. Los servicios considerados ambulatorios incluyen, entre otros, servicios en una sala de emergencias, sin importar si usted es posteriormente admitido como paciente hospitalizado en un hospital.

Proveedor participante es un médico, proveedor, hospital o centro de atención médica que tiene un acuerdo con nosotros para aceptar nuestras tarifas y pagos como pago total cuando presta servicios de atención médica a los miembros. Esto también puede llamarse proveedor dentro de la red.

Fisioterapia se refiere a terapia para la preservación, mejora o recuperación del movimiento y la función física deteriorada o afectada por una enfermedad o lesión, que usa ejercicio terapéutico, modalidades físicas (como masajes y electroterapia), dispositivos de asistencia, además de educación y capacitación del paciente.

Médico es uno de los siguientes:

- Un doctor en medicina, cirugía u osteopatía.
- Un doctor en podología o un doctor en quiropráctica, optometrista, psicólogo.
- Cualquier otro proveedor autorizado que deba ser reconocido como médico por la ley estatal y que actúe dentro del alcance de su licencia para tratar una enfermedad o lesión.

Asistente médico es una persona que se graduó de un programa de asistente médico o cirujano asistente reconocido a nivel nacional, o que actualmente esté certificada por la comisión nacional de asistentes médicos. Un asistente médico debe tener licencia para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico autorizado en el estado en el que ejerce.

Colocación o ser colocado para adopción, en relación con cualquier colocación para adopción de un niño con cualquier persona, significa la asunción y retención por dicha persona de una obligación legal de manutención infantil total o parcial antes de la adopción de dicho niño. La colocación del niño con esa persona termina cuando termina dicha obligación legal.

Plan significa el plan de beneficios médicos establecido por CHRISTUS Health Plan y seleccionado por el miembro para prestar servicios de atención médica a los miembros, tal como existe en la fecha de entrada en vigor de este Contrato o según se modifique posteriormente como se indica en este documento.

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

Autorización previa significa una decisión de un plan médico en la que un servicio de atención médica solicitado por un médico/proveedor o persona cubierta fue revisado y, según la información disponible, cumple los requisitos del plan médico para cobertura y necesidad médica, y por lo tanto, se aprueba el servicio de atención médica solicitado.

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

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria o PCP es el médico u otro proveedor que usted ve primero para la mayoría de los problemas médicos. Su PCP se asegura de que usted reciba la atención necesaria para mantenerse saludable. Su PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y remitirlo a ellos. Los PCP incluyen, entre otros: médicos especialista en medicina familiar; médicos generales; internistas; pediatras; obstetras o ginecólogos (OB/GYN). Su PCP es responsable de prestar sus servicios de atención primaria. Estos incluyen exámenes anuales, vacunas de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no son de emergencia.

Servicios de atención primaria son servicios prestados por un PCP o proveedor principal de servicios de atención médica.

Servicios protésicos se refiere a la ciencia y práctica de evaluar, medir, diseñar, fabricar, ensamblar, adaptar, alinear, ajustar o reparar una prótesis mediante el reemplazo de partes externas del cuerpo humano perdidas por amputación o deformidades congénitas para restaurar la función, la estética o ambas.

Proveedor significa un hospital, médico u otro profesional de las artes curativas debidamente autorizado y con licencia para prestar servicios de atención médica dentro del alcance de su licencia.

Red de proveedores significa una lista de los proveedores que son proveedores participantes.

Plan médico calificado o QHP se refiere a cobertura de atención médica que se determinó que cumple los requisitos de las leyes estatales y federales para que la cobertura se ofrezca en el Mercado.

Persona calificada se refiere, con respecto al Mercado, a una persona que se determinó como elegible para inscribirse en un plan médico calificado mediante el Mercado individual o el mercado de grupos pequeños.

Orden calificada de manutención infantil para atención médica es una orden emitida por una agencia gubernamental estatal o federal o por un tribunal. Requiere que una persona dé cobertura de atención médica para dependientes específicos.

Rescisión de cobertura significa una cancelación o terminación de la cobertura que tiene efecto retroactivo; una cancelación o terminación de la cobertura no es una rescisión si:

- La cancelación o terminación de la cobertura tiene solo efecto prospectivo.
- La cancelación o terminación de la cobertura es efectiva retroactivamente en la medida en que se deba a la falta de pago oportuno de las primas o contribuciones requeridas para el costo de la cobertura.

Enfermero registrado es una persona que recibió capacitación especializada en enfermería, está autorizada para usar la designación de (R.N.) y que está debidamente autorizada por el estado o la agencia reguladora responsable de dar dicha licencia en el estado en el que esa persona presta dichos servicios de enfermería.

Rehabilitación se refiere a la atención para la recuperación (incluyendo por educación o entrenamiento) de la capacidad previa de un miembro para funcionar en un nivel de máximo beneficio terapéutico. Este tipo de atención debe ser rehabilitación aguda, rehabilitación subaguda o rehabilitación intensiva de día, e incluye terapia de rehabilitación y programas de manejo del dolor. Una hospitalización para pacientes hospitalizados se considerará de rehabilitación en el momento en que el miembro haya sido médicamente estabilizado y comience a recibir terapia de rehabilitación o tratamiento bajo un programa de manejo del dolor.

Terapia de rehabilitación se refiere a fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia respiratoria.

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

Terapia respiratoria se refiere a un programa de acondicionamiento físico individualizado y supervisado médicamente, diseñado y adaptado para promover y mejorar la salud pulmonar y respiratoria y el bienestar de un miembro. Incluye ejercicios de respiración simples y orientación sobre la postura y el uso de dispositivos complementarios que ayudan a eliminar la mucosidad de las vías respiratorias y a mejorar la fuerza de los pulmones. Los terapeutas respiratorios lo capacitan en higiene bronquial, uso adecuado de inhaladores y respiración adecuada.

Mamografía de detección o “mamografía de baja dosis” se refiere al examen radiológico de la mama usando un equipo dedicado específicamente a la mamografía, que incluye un tubo de rayos X, filtro, dispositivo de compresión, pantallas, placas y cassetes, con una exposición promedio de radiación de menos de una (1) radiación en la mitad de la mama, con dos (2) vistas para cada mama.

Segundas opiniones dan la oportunidad o el requisito de obtener una evaluación clínica por un proveedor que no sea el que originalmente hizo la recomendación para un servicio médico propuesto para evaluar la necesidad médica y la idoneidad del servicio médico propuesto inicialmente.

Área de servicio es el área geográfica que CHRISTUS Health Plan está autorizado por ley a atender. El mapa del área de servicio de CHRISTUS Health Plan está en este folleto.

Atención de enfermería especializada se refiere a servicios ordenados por un médico que requieren las competencias clínicas y el personal profesional de un enfermero registrado (RN) o un auxiliar de enfermería autorizado (LPN). La atención especializada se da directamente por o bajo la supervisión de dicho personal a un paciente que necesita esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, con otro tratamiento, para recuperarse de una enfermedad o lesión. La atención especializada no incluye el cuidado de compañía.

Centro de enfermería especializada significa un lugar que:

- Opera legalmente como un centro de enfermería especializada.

- Se dedica principalmente a dar, además de alojamiento y comida, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un médico.
- Presta un servicio continuo de enfermería las 24 horas del día por o bajo la supervisión de un auxiliar de enfermería autorizado.
- Mantiene un expediente médico diario de cada paciente.
- Presta servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y puede prestar otros servicios multidisciplinarios, como terapia respiratoria, servicios de nutrición/dietista y trabajo social médico.

El **centro de enfermería especializada** no incluye ningún centro que sea principalmente una residencia de adultos mayores, un centro para el cuidado de adultos mayores o para el tratamiento de abuso de drogas, trastornos mentales, tuberculosis o para cuidados intermedios, educativos o de compañía.

Especialista es un médico que presta servicios cubiertos para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Los ejemplos incluyen internistas que atienden enfermedades de los órganos internos en adultos; oncólogos que atienden pacientes con cáncer; cardiólogos que atienden pacientes con condiciones del corazón; ortopedistas que atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, articulaciones o músculos y psiquiatras atienden miembros con trastornos de conducta o enfermedades/trastornos mentales.

Terapia del habla es el tratamiento y ejercicios para tratar trastornos de la voz, del habla y de la deglución por una enfermedad o lesión diagnosticada, prestados por un proveedor calificado.

Subluxación significa desalineación, demostrable por radiografías o examen quiropráctico, que produce dolor y se puede corregir mediante manipulación manual.

Asegurado principal se refiere a una persona que es el titular del contrato y es responsable del pago de las primas a CHRISTUS Health Plan.

Abuso de sustancias significa abuso, uso excesivo o dependencia de alcohol, drogas o sustancias químicas.

Telesalud significa un servicio, distinto a un servicio médico de telemedicina, prestado por un profesional médico, con licencia, certificado o de otra manera autorizado para ejercer en Louisiana y que actúa dentro del alcance de su licencia, certificación o autorización, a un paciente situado en un lugar físico diferente, usando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Telemedicina significa un servicio de atención médica prestado por un médico con licencia en Louisiana o un profesional médico que actúa bajo delegación y supervisión de un médico autorizado en Louisiana, y que actúa dentro del alcance de la licencia del médico o profesional médico, a un paciente situado en un lugar físico diferente, usando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Madre con discapacidad temporal significa una mujer que dio a luz recientemente y que su médico le aconsejó que viajar normalmente sería peligroso para su salud.

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

Terminación de la cobertura se refiere a la cancelación o no renovación de la cobertura de un plan médico a un reclamante, pero no incluye la terminación voluntaria por el reclamante o la terminación de un plan de beneficios médicos.

Centro de Atención Terciaria es una unidad hospitalaria que da atención especializada a pacientes de alto riesgo. El centro da y coordina transporte, comunicación, educación y sistemas de análisis de datos para el área geográfica que atiende.

Estándares uniformes se refiere a todas las directrices de práctica generalmente aceptadas, directrices de práctica basadas en evidencia o directrices de práctica desarrolladas por el gobierno federal o sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales y profesionales, y cualquier criterio de revisión clínica, políticas, directrices de práctica o protocolos aplicables desarrollados por el plan médico según las directrices de práctica federales, nacionales y profesionales que usa un plan médico para determinar si certificar o denegar un servicio de atención médica solicitado.

Atención de urgencia se refiere a servicios de atención médica médicamente necesarios prestados en una emergencia o fuera del horario normal de atención de un proveedor de atención primaria para condiciones imprevistas debido a enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida pero que requieren atención médica inmediata.

Enfermedad urgente es una enfermedad que no pone en peligro la vida y requiere atención médica inmediata. Algunos ejemplos de situaciones urgentes son esguinces; fiebre que sigue aumentando a pesar de haber tomado medicamentos; dolor de oído nuevo; ataque de asma en el que los medicamentos no están funcionando; mordida de animal; objeto en el ojo o infección en los ojos; corte que puede necesitar suturas; niño con vómitos o diarrea severa; posible hueso roto; dificultad para respirar; dolor de garganta; síntomas de gripe; infección urinaria; o migraña en la que los medicamentos no alivian el dolor.

Revisión o manejo del uso se refiere al proceso de revisar y manejar las condiciones médicas de un miembro para que reciba la atención correcta, por el proveedor adecuado, en el momento apropiado. Este proceso maximiza los beneficios y asegura atención médica de calidad.

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

Nosotros, nuestro, nos, y CHRISTUS se refieren a CHRISTUS Health Plan.
Usted, su y suyo se refieren al miembro.

Ejecutado en nombre y representación de CHRISTUS Health Plan:
[Firma autorizada de CHRISTUS Health Plan]



844.282.3025, TTY 711

Lunes – Viernes, 8 a.m. – 5 p.m., hora local

CHRISTUShealthplan.org