

Evidencia de cobertura de 2026



**CHRISTUS HEALTH PLAN TEXAS ON-EXCHANGE CUBRE
A LOS MIEMBROS EN LOS SIGUIENTES CONDADOS:**

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

*único código postal: 78666



AVISO: Al renovar este Contrato, su prima podría aumentar. Contáctenos para obtener más información.



CHRISTUS Health Plan CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Texas Health Dentro del Intercambio Cobertura Individual y Familiar

Este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) Elección de Beneficios del Consumidor, ya sea en su totalidad o en parte, no incluye los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede ofrecerle un plan de salud más asequible; sin embargo, podría proporcionarle menos beneficios que los que normalmente se incluyen como beneficios de salud exigidos por el estado en Texas.

Consulte a su agente de seguros para conocer qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos en esta evidencia de cobertura.

ESTE NO ES UN CONTRATO DE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL EMPLEADOR NO SE CONVIERTE EN SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES AL COMPRAR ESTE CONTRATO Y, SI EL EMPLEADOR NO ESTÁ SUSCRITO, PIERDE LOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE OTORGARÍAN SEGÚN LAS LEYES DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN LO QUE RESPECTA A LOS NO SUSCRIPTORES Y LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

Este contrato entra en vigor a las 12:01 a.m. de la fecha en que comienza la cobertura del Miembro y finaliza a las 11:59 p.m. del último día del mes por el cual 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
Número de teléfono gratuito: 1-844-282-3025
www.christushealthplan.org

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan

Nos alegra que haya elegido CHRISTUS Health Plan. Hemos estado sirviéndole a usted, a su familia y a su comunidad durante 150 años. Nos complace servirle ahora a través de nuestro plan de salud.

Cuando se une a CHRISTUS Health Plan, se une a un plan de salud que forma parte de un sistema de salud más amplio. 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 goce de buena salud y desee atención preventiva, necesite ver a un médico o tenga una necesidad de salud más seria, estamos aquí para servirle. Creemos que usted, su familia y su comunidad son fundamentales para su bienestar. Lo involucraremos en sus decisiones de atención médica y le proporcionaremos las herramientas y el apoyo que necesita para gestionar su salud y sus beneficios.

Este Contrato y Evidencia de Cobertura (“Contrato”) es ofrecido por CHRISTUS Health Plan, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) con licencia en Texas. 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 constituye 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 *Programa de Beneficios* consiste en documentos separados que se incluyen en su paquete de bienvenida.

A lo largo de este Contrato, consulte su *Programa de Beneficios* incluido, el cual muestra algunos beneficios cubiertos específicos que ofrece este Contrato, los montos específicos que usted podría tener que pagar (costos compartidos), y ciertas limitaciones y exclusiones de cobertura. El *Programa de Beneficios* forma parte de este Contrato, y en conjunto, el Contrato y el *Programa de Beneficios* proporcionan una descripción completa de los beneficios cubiertos, exclusiones y condiciones del Plan.

AVISO IMPORTANTE

LEA ESTE CONTRATO DETENIDAMENTE y guarde este Contrato, junto con el *Programa de Beneficios*, en un lugar seguro al que pueda acceder rápidamente. Tenga en cuenta también que sus médicos y proveedores no tienen una copia de este Contrato y no son responsables de conocer ni comunicarle sus beneficios cubiertos.

Este Contrato proporciona información importante sobre:

- Sus derechos y responsabilidades como Miembro;
- Beneficios cubiertos por el Plan y cómo acceder a ellos;
- Limitaciones y exclusiones del Plan; y
- Cómo solicitar ayuda de CHRISTUS Health Plan.

Términos clave utilizados en este Contrato

Dado que 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	Llamada gratuita 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	Llamada gratuita 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Reclamaciones	Dirección: Intercambio de CHRISTUS Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 169012 Irving, TX 75016	Llamada gratuita 1-844-282-3025 TTY 7-1-1
Quejas, apelaciones y reclamaciones	Dirección: Intercambio de CHRISTUS Health Plan Attn: Complaints, Appeals & Grievances Department P.O. Box 169009 Irving, TX 75016	Llamada gratuita 1-844-282-0380 TTY 7-1-1
Fraude, despilfarro y abuso	Correo electrónico: CHRISTUSHealthSIU@CHRISTUSHealth.org	Llamada gratuita 1-855-771-8072 TTY 7-1-1
Sitio web: www.CHRISTUSHealthPlan.org		
Servicios de acceso lingüístico Llamada gratuita 1-800-752-6096		

Índice

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan	2
AVISO IMPORTANTE.....	2
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES	3
DEFINICIONES	5
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS	20
AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO	20
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	23
CÓMO FUNCIONA SU PLAN.....	29
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS.....	33
CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA.....	36
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA	42
BENEFICIOS CUBIERTOS	46
EXCLUSIONES	102
RECLAMACIONES.....	108
COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE ESTE CONTRATO CON OTRAS PRESTACIONES	111
FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR: COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)	118
PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES	120
PAGO DE LA PRIMA.....	126
DISPOSICIONES GENERALES.....	128
MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO.....	134

DEFINICIONES

A menos que se definan específicamente en otra parte, dondequiera que se utilicen en este Contrato, los siguientes términos tendrán los significados que se indican a continuación:

Abuso de sustancias significa abuso, uso excesivo o dependencia de alcohol, drogas o sustancias químicas.

Acupuntura significa el uso de agujas insertadas y retiradas del cuerpo, así como el uso de otros dispositivos, modalidades y procedimientos en ubicaciones específicas del cuerpo para prevenir, curar o corregir cualquier enfermedad, dolencia, lesión, dolor u otra afección mediante el control y regulación del flujo y equilibrio de la energía y el funcionamiento de la persona, con el fin de restaurar y mantener la salud.

Afección se refiere a un grupo de diagnósticos relacionados que afectan al mismo órgano, sistema o proceso de enfermedad.

Agencia de salud en el hogar significa una agencia u organización que:

- Se especializa en brindar atención de enfermería o servicios terapéuticos en el hogar;
- Está licenciada para brindar dichos servicios por la agencia de licencias correspondiente donde se prestan los mismos, o está certificada como agencia de salud en el hogar bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965, según enmienda;
- Opera dentro del alcance de su licencia o certificación; y
- Mantiene un expediente médico completo de cada paciente.

No se considera agencia de salud en el hogar a ningún otro servicio o agencia similar que no cumpla con esta definición, incluso si satisface algunos de los requisitos anteriores o presta parte o la totalidad de los servicios que ofrece una agencia de salud en el hogar.

Alcoholismo significa dependencia o abuso del alcohol que cumpla con los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico IV (Diagnostic and Statistical Manual IV, DSM-IV) para estos trastornos.

Ambulancia es un vehículo que cuenta con licencia exclusiva como ambulancia por parte del organismo regulador local, para proporcionar transporte de emergencia a un hospital o traslado de un hospital a otro centro de atención médica, para aquellas personas que no pueden trasladarse por ningún otro medio para recibir atención médica o cuando el hospital no puede brindar la atención necesaria. Cargos de ambulancia aérea se pagan únicamente por el transporte desde el lugar de una emergencia hasta el hospital más cercano que esté equipado para tratar la afección, en lugar de utilizar el servicio de ambulancia terrestre local.

Año calendario es el período que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre de cualquier año. El período inicial del año calendario comienza en la fecha de vigencia de la cobertura del Miembro y finaliza el 31 de diciembre, lo que puede representar un período menor a 12 meses.

Aparatos ortopédicos/Dispositivos/Órtesis se refiere a un dispositivo de soporte rígido o semirrígido, individualizado, construido y ajustado por un técnico ortopédico con licencia, que sostiene o restringe el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Apelación se refiere al proceso formal mediante el cual usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado, puede solicitar la reconsideración de una determinación adversa.

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

Área de servicio es el área geográfica para la cual CHRISTUS Health Plan está autorizado por ley a prestar servicios. El mapa del área de servicio de CHRISTUS Health Plan se incluye en este folleto.

Asistente médico es una persona graduada de un programa reconocido a nivel nacional y certificada por la comisión nacional de asistentes médicos. Debe tener licencia para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico autorizado en el estado en el que ejerce.

Atención administrada significa un sistema o técnicas generalmente utilizadas por terceros pagadores o sus agentes para afectar el acceso y controlar el pago de los servicios de atención médica. Las técnicas de atención administrada suelen incluir una o más de las siguientes:

- Revisión previa, concurrente y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o del lugar donde se prestan;
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados;
- Incentivos o desincentivos financieros para que los afiliados utilicen proveedores, servicios o sitios de servicio específicos;
- Acceso controlado y coordinación de los servicios por parte de un administrador de casos; y
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios en la atención de pacientes con costos elevados.

Atención de custodia significa cualquier servicio brindado principalmente para comodidad o conveniencia personal, que ofrece mantenimiento general, atención preventiva y/o protectora sin una probabilidad clínica de mejoría de la condición del Miembro. También incluye aquellos servicios que no requieren habilidades técnicas, formación profesional ni la capacidad de evaluación clínica del personal médico o de enfermería para ser realizados de manera segura y eficaz. Estos servicios pueden ser proporcionados con seguridad por personal no profesional capacitado o competente, y están destinados a ayudar con necesidades médicas de rutina (por ejemplo, cuidados simples, vendajes, administración de medicamentos rutinarios, etc.) y con actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, comer, vestirse, etc.).

Atención de emergencia o servicios de atención de emergencia son los servicios de atención médica prestados en un centro de emergencias hospitalario, una clínica de atención médica de emergencia independiente u otra instalación comparable, destinados a evaluar y estabilizar condiciones médicas de emergencia.

Atención de enfermería especializada se refiere a los servicios ordenados por un médico que requieren las competencias clínicas y la intervención de personal profesional como una enfermera registrada (RN) o una enfermera práctica con licencia (LPN). La atención especializada se brinda directamente por dicho personal o bajo su supervisión a un paciente que

necesita esos servicios las veinticuatro (24) horas del día, junto con otros tratamientos, para recuperarse de una enfermedad o lesión. La atención especializada no incluye la atención de custodia.

Atención de seguimiento es el contacto o reexamen de un paciente en intervalos determinados, tras el diagnóstico o durante un tratamiento.

Atención de urgencia se refiere a servicios de atención médica médicamente necesarios proporcionados en situaciones de emergencia o fuera del horario habitual del proveedor de atención primaria, para condiciones imprevistas derivadas de enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida, pero que requieren atención médica inmediata.

Autorización previa significa una decisión de un plan de atención médica de que un servicio de atención médica solicitado por un profesional/proveedor o persona cubierta ha sido revisado y, según la información disponible, cumple con los requisitos del plan de atención médica para la cobertura y la necesidad médica, y, por lo tanto, el servicio de atención médica solicitado queda aprobado.

Beneficio cubierto o servicio(s) cubierto(s) se refiere a un beneficio o servicio generado por o en nombre de un Miembro, para aquellos 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; y
- Se incurrieron mientras la cobertura del Miembro esté vigente conforme al Contrato.

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

Beneficios esenciales de salud son determinados por el HHS bajo la PPACA y están sujetos a cambios. Actualmente incluyen las siguientes categorías generales de servicios: (a) servicios ambulatorios; (b) servicios de atención de emergencia; (c) hospitalizaciones; (d) servicios de maternidad y para recién nacidos; (e) servicios para trastornos del comportamiento, enfermedades mentales o abuso de sustancias; (f) medicamentos recetados; (g) servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; (h) servicios de laboratorio; (i) servicios preventivos y de bienestar; (j) servicios relacionados con el manejo de enfermedades crónicas; y (k) servicios pediátricos, incluida la atención odontológica y oftalmológica.

Biorretroalimentación es una terapia que proporciona evidencia visual, auditiva u otro tipo de información sobre el estado de ciertas funciones corporales, de manera que una persona pueda ejercer control voluntario sobre dichas funciones y así aliviar una condición corporal anormal.

Cargo permitido es el monto que hemos determinado como el monto máximo pagadero por un servicio cubierto. Para los servicios cubiertos brindados por proveedores no participantes, el monto pagadero será una tarifa acordada entre nosotros y el proveedor no participante, o estará basado en nuestro programa de tarifas fuera de la red. El programa de tarifas fuera de la red corresponde a la tarifa habitual y acostumbrada, basada en el monto promedio negociado por CHRISTUS para servicios dentro de la red, y es coherente con las reglas de agrupación y lógica reconocidas y aceptadas a nivel nacional. Nuestro programa de tarifas fuera de la red se basa en

estándares y prácticas comúnmente aceptadas en la industria para determinar el cargo habitual facturado por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos. Además, es coherente con las reglas de agrupación y lógica reconocidas y aceptadas a nivel nacional.

Centro de atención médica es cualquier instalación que preste servicios de atención médica, incluidos hospitales, clínicas de emergencia, clínicas ambulatorias u otras instalaciones similares.

Centro de atención terciaria es una unidad hospitalaria que brinda atención especializada a pacientes de alto riesgo. La instalación proporciona y coordina los sistemas de transporte, comunicación, educación y análisis de datos para el área geográfica a la que presta servicio.

Centro de enfermería especializada no incluye ningún centro que sea principalmente un hogar de reposo, un centro para el cuidado de personas mayores o para el tratamiento del abuso de sustancias, trastornos mentales, tuberculosis, o para la atención intermedia, de custodia o educativa.

Centro de enfermería especializada significa un establecimiento que:

- Está legalmente autorizado para operar como centro de enfermería especializada;
- Se dedica principalmente a proporcionar, además de alojamiento y comida, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un médico;
- Brinda servicios continuos de enfermería las veinticuatro (24) horas del día por, o bajo la supervisión de, una enfermera práctica con licencia;
- Mantiene un registro médico diario de cada paciente; y
- Proporciona servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y puede ofrecer otros servicios multidisciplinarios, como terapia respiratoria, servicios de nutrición/dietista y trabajo social médico.

Centro de tratamiento residencial significa una instalación de nivel no agudo que cuenta con acreditación, proporciona alojamiento nocturno supervisado por personal médico, tiene un programa de tratamiento estructurado y cuenta con personal disponible las veinticuatro (24) horas del día.

Centro quirúrgico ambulatorio se refiere a una instalación (que no sea un hospital) cuya función principal es llevar a cabo procedimientos quirúrgicos de forma ambulatoria y que cuenta con la debida licencia de la autoridad estatal y local correspondiente para brindar servicios ambulatorios.

Certificación se refiere a una decisión del plan de salud mediante la cual se determina que un servicio de atención médica solicitado por un proveedor o reclamante ha sido evaluado y, con base en la información disponible, cumple con los requisitos del plan en cuanto a cobertura y necesidad médica; por lo tanto, se aprueba el servicio solicitado.

Cirugía bariátrica es una cirugía que modifica el tracto gastrointestinal con el fin de reducir el consumo de calorías y, por consiguiente, disminuir el peso corporal.

Cirugía estética se refiere a la cirugía realizada principalmente para mejorar la apariencia y la autoestima, y puede incluir la remodelación de estructuras normales del cuerpo. Costo compartido es cualquier contribución que los Miembros hagan al costo de sus servicios de atención médica cubiertos, tal como se define en su Contrato. Esto incluye deducibles y copagos.

Cobertura/Cubierto hace referencia a los beneficios otorgados en virtud de este Contrato, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones establecidos en el mismo.

Codependencia es un término común que se refiere a todos los efectos que las personas dependientes del alcohol u otras sustancias generan en quienes las rodean, incluidos los intentos de estas personas por influir en el individuo con la dependencia.

Comisionado se refiere al Comisionado de Seguros de Texas.

Compensación para trabajadores se refiere al plan de compensación para trabajadores de cualquiera de los cincuenta (50) estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes, así como a los sistemas previstos en la Ley de Compensación para Empleados Federales, la Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios, y cualquier otra legislación federal, estatal, condal o municipal relativa a la compensación laboral, enfermedades ocupacionales, responsabilidad del empleador u otra normativa con fines similares.

Condición médica de emergencia es una lesión grave o una condición médica de aparición reciente y severa, incluido dolor intenso. La lesión o condición médica debe ser tal que una persona prudente con conocimientos promedio de medicina y salud consideraría que, de no recibir atención médica inmediata, podría: (a) poner en grave peligro la vida o la salud de dicha persona; (b) causar un deterioro grave de las funciones corporales; (c) causar un deterioro grave de un órgano o parte del cuerpo; (d) resultar en una desfiguración grave; o (e) en el caso de una mujer embarazada, representar un grave peligro para la salud del feto.

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

Craneomandibular se refiere a la articulación donde la mandíbula se une al cráneo. Consulte también articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, ATM).

Deducible es parte de la contribución que hacen los Miembros al costo de su atención médica, también conocida como costo compartido. Corresponde al monto que el Miembro debe pagar cada año calendario, directamente al médico o proveedor, por servicios de atención médica cubiertos antes de que CHRISTUS Health Plan comience a pagar los beneficios correspondientes. Es posible que el deducible no aplique a todos los servicios de atención médica.

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

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

Departamento se refiere al Departamento de Seguros de Texas.

Desembolso máximo anual significa un monto específico en dólares correspondiente a servicios cubiertos recibidos en un año calendario, que representa el máximo que pagará el Miembro (como parte de su responsabilidad de costos compartidos) en ese año calendario.

Determinación adversa significa cualquier determinación según la cual los servicios de atención médica que se le hayan proporcionado o se propongan proporcionarle no son médicamente necesarios ni apropiados, o se consideran experimentales o de investigación. Determinación adversa no significa una denegación de servicios de atención médica debido a la falta de solicitud de una revisión de utilización prospectiva o concurrente.

Director Médico es un médico encargado de administrar la prestación de los servicios de atención médica a nuestros miembros.

Enfermedad significa una afección o dolencia, incluidas todas las condiciones y situaciones relacionadas, que requieren servicios de atención médica.

Enfermedad urgente es una enfermedad que no representa una amenaza para la vida, pero que requiere atención médica inmediata. Ejemplos de situaciones urgentes incluyen: esguinces, fiebre en aumento a pesar de haber tomado medicamentos, nuevo dolor de oído, ataque de asma sin respuesta a medicamentos, mordedura de animal, objeto en el ojo o infección ocular, corte que puede necesitar sutura, niño con vómito o diarrea severa, posible fractura ósea, dificultad para respirar, dolor de garganta, síntomas de gripe, infección urinaria o migraña que no cede con medicamentos.

Enfermedad/trastorno mental es cualquier afección incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, o su edición vigente) y/o en la sección de Trastornos Mentales de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Classification of Disease, CIE).

Enfermera partera certificada es toda persona que cuenta con licencia de la junta de enfermería como enfermera registrada, y con licencia del Departamento de Salud de Texas como enfermera partera certificada.

Enfermera practicante certificada es una enfermera registrada avalada por la Junta de Enfermería para ejercer como enfermera practicante en funciones ampliadas. El nombre y la información correspondiente de la enfermera practicante certificada se incluyen en la lista de enfermeras practicantes certificadas mantenida por la Junta de Enfermería de Texas.

Enfermera registrada es una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería, está autorizada para usar la designación de (Registered Nurses, R.N.) y que está debidamente autorizada por el estado o la agencia reguladora responsable de otorgar dicha licencia en el estado en el que la persona presta dichos servicios de enfermería.

Enfermero/a práctico/a con licencia (Licensed Practical Nurse, LPN) significa una persona que ha recibido formación especializada y experiencia práctica en enfermería, y que cuenta con la debida licencia otorgada por el estado o entidad reguladora correspondiente para prestar servicios de enfermería en la jurisdicción donde realiza dichos servicios.

Ensayo clínico se refiere a cualquier estudio de investigación que asigna prospectivamente a participantes humanos o grupos de personas a una o más intervenciones relacionadas con la salud, con el fin de evaluar los efectos en los resultados de salud.

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

Errores genéticos congénitos del metabolismo (Inborn Errors of Metabolism, IEM) son trastornos hereditarios raros presentes desde el nacimiento, que pueden causar la muerte o discapacidad intelectual si no se tratan, y que requieren el consumo de alimentos médicos especiales.

Especialista es un médico que brinda servicios cubiertos para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Algunos ejemplos incluyen: internistas que atienden enfermedades de los órganos internos en adultos; oncólogos que tratan a pacientes con cáncer; cardiólogos que atienden a pacientes con afecciones cardíacas; ortopedistas que tratan afecciones óseas, articulares o musculares; y psiquiatras que atienden a miembros con trastornos del comportamiento o enfermedades mentales.

Estándares uniformes significa todas las pautas de práctica generalmente aceptadas, las pautas de práctica basadas en evidencia o las desarrolladas por el gobierno federal, sociedades médicas nacionales y profesionales, juntas o asociaciones, así como cualquier criterio de revisión clínica, política, guía o protocolo desarrollado por el plan de salud en conformidad con esas pautas, y que se utilizan para determinar si se certifica o se deniega un servicio de atención médica solicitado.

Experimental o en investigación se refiere a un tratamiento, servicio o dispositivo de atención médica para el cual existen evidencias científicas o clínicas preliminares en desarrollo que demuestran su eficacia potencial, pero que aún no han sido ampliamente aceptadas como estándar de atención prevaleciente.

Fecha de terminación es a las 11:59 p.m. del último día del mes para el cual se hayan pagado las primas y corresponde a la fecha en que finaliza la cobertura del miembro.

Fecha de vigencia es a las 12:01 a.m. del día en que comienza la cobertura del Miembro.

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

Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nosotros en consulta con un equipo de profesionales de la salud, y representa las terapias recetadas que se consideran necesarias como parte de un programa de tratamiento de calidad. Puede obtener su *Formulario* llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

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

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

- Ofrece servicios de enfermería las 24 horas del día a cargo de enfermeras registradas con licencia (R.N.);
- Brinda principalmente atención diagnóstica y terapéutica bajo supervisión médica durante la hospitalización; y
- Cuenta con instalaciones quirúrgicas permanentes o mantiene un convenio con otra instalación quirúrgica supervisada por uno o más médicos.

El término hospital también incluye ciertas instituciones financiadas con fondos públicos que pueden no estar obligadas a mantener instalaciones quirúrgicas. No se consideran hospitales los balnearios, hogares de reposo, asilos, centros de enfermería especializada, hogares de convalecencia, hogares de cuidado para personas mayores ni instituciones similares.

Hospital para pacientes ambulatorios es lugar para recibir servicios cubiertos mientras no se es paciente hospitalizado. Los servicios considerados ambulatorios incluyen, entre otros, los servicios en una sala de emergencias, independientemente de si posteriormente es hospitalizado.

Individuo Calificado significa, con respecto al Intercambio, una persona que ha sido determinada como elegible para inscribirse, a través del Intercambio, en un Plan de Salud Calificado dentro del mercado de Intercambio individual o de pequeños grupos.

Intercambio significa el Intercambio de Seguros Médicos de Texas.

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

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

Lesión significa daño corporal debido a un accidente, que ocurre de manera única, directa e independiente de una enfermedad, dolencia corporal u otra causa.

Mamografía de detección, o “mamografía de dosis baja”, significa el examen de rayos X de las mamas utilizando un equipo diseñado específicamente para mamografías, que incluye un tubo de rayos X, un filtro, un dispositivo de compresión, pantallas, películas y cassetes, con una exposición promedio de radiación de menos de una dosis en el centro de la mama, y con dos vistas por cada mama.

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

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

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

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

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

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

- Es experimental, de investigación, no comprobado o con fines de investigación;
- Se proporciona únicamente con fines educativos o por conveniencia del paciente, su familia, el médico, el hospital u otro proveedor;
- Excede en alcance, duración o intensidad el nivel de atención necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, y cuando el tratamiento continuo es solo de mantenimiento o preventivo;
- Podría haberse omitido sin afectar negativamente la condición del paciente ni la calidad de la atención médica;
- Implica el tratamiento o uso de un dispositivo médico, medicamento o sustancia no aprobado formalmente por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA); o
- Involucra un servicio, suministro o medicamento que el Medicare Coverage Issues Manual de la Administración de Financiamiento para la Atención Médica no considera razonable ni necesario.

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

Medicamentos recetados son medicamentos cuya venta o dispensación legal requiere la orden de un proveedor con autoridad legal para recetar medicamentos.

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

Médico de atención primaria o proveedor de atención primaria o PCP es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Su PCP se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Su PCP también puede hablar con otros médicos y proveedores sobre su atención y derivarlo a ellos. Los PCP incluyen, entre otros, médicos de medicina familiar, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Su PCP es responsable de proporcionarle servicios de atención primaria. Estos incluyen exámenes anuales, inmunizaciones de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean de emergencia.

Médico es uno de los siguientes:

- Un doctor en medicina, cirugía u osteopatía;
- Un doctor en podología o quiropráctica; o
- Cualquier otro proveedor con licencia que deba ser reconocido como médico por la ley estatal y actúe dentro del alcance de su licencia.

Miembro es una persona:

- Que cumple con todos los requisitos de inscripción y elegibilidad descritos en este Contrato;
- Que se ha inscrito correctamente en la cobertura con nosotros; y
- Para quien hemos recibido cualquier prima requerida correspondiente a la cobertura contratada.

Nosotros, Nuestro, Nos y CHRISTUS se refiere a CHRISTUS Health Plan.

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

Orden médica calificada de manutención infantil es una orden emitida por una agencia del gobierno estatal o federal, o por un tribunal. Requiere que una persona brinde cobertura de atención médica para determinados dependientes.

Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) significa una entidad certificada por el comisionado para realizar revisiones. Por ley, una IRO no puede estar afiliada con la HMO que haya denegado una solicitud de autorización para el tratamiento propuesto. Las IRO llevan a cabo una revisión administrativa sobre la necesidad médica y la idoneidad de los servicios de atención médica que han sido denegados dos veces a un residente de Texas por no considerarse médicamente necesarios o apropiados.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) significa toda persona que se compromete a proporcionar o coordinar la prestación de servicios básicos de atención médica a sus afiliados sobre una base prepagada, salvo las responsabilidades del afiliado por copagos o deducibles.

Órtesis a medida es una órtesis fabricada de forma individual para un paciente específico, comenzando con materiales básicos como plástico, metal, cuero o tela en forma de láminas, barras, etc. Implica un trabajo sustancial, como cortar, doblar, moldear, coser, etc. Puede incluir algunos componentes prefabricados, pero va más allá de simplemente recortar, doblar o modificar un artículo sustancialmente prefabricado.

Paciente hospitalizado significa que usted es admitido formalmente en un hospital y permanece internado con asignación de cama.

Pagos anticipados del Crédito Fiscal Federal para Primas (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APFPTC) significa el pago de los créditos fiscales según lo especificado en la sección 36B del Código de los EE. UU. (agregada por la sección 1401 de la PPACA) y que se otorgan por adelantado a una persona elegible inscrita en un QHP individual a través de un Intercambio, de conformidad con las secciones 1402 y 1412 de la PPACA.

Plan de atención médica significa una persona que posee un certificado de autoridad válido y vigente para actuar como organización de mantenimiento de la salud, plan de atención médica sin fines de lucro o plan dental prepagado.

Plan de beneficios de salud significa un plan de salud, contrato, certificado o acuerdo ofrecido o emitido por un plan de atención médica o administrador de planes, destinado a proporcionar, coordinar, pagar o reembolsar el costo de los servicios de atención médica.

Plan de Salud Calificado o QHP significa la cobertura de atención médica que se ha determinado que cumple con los requisitos establecidos por las leyes estatales y federales para poder ofrecerse a través del Intercambio.

Plan significa el plan de beneficios de salud establecido por CHRISTUS Health Plan y seleccionado por el Miembro para proporcionar 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 conforme a lo dispuesto en este documento.

Porcentaje de copago es la responsabilidad financiera compartida por los gastos cubiertos entre la persona cubierta y este Plan, expresada como un porcentaje.

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

Productos biológicos son compuestos médicos elaborados a partir de organismos vivos y/o de sus productos.

Profesional de la salud es un médico u otro proveedor autorizado, incluyendo farmacéuticos, que cuente con licencia, certificación u otra autorización del estado para brindar servicios de atención médica conforme a la legislación estatal.

Programa de cuidados paliativos significa una organización debidamente autorizada para proporcionar servicios de cuidados paliativos. Un hospicio aprobado debe contar con licencia cuando así se requiera, estar certificado por Medicare como hospicio, o estar acreditado como tal por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO).

Proveedor no participante significa un proveedor que no está registrado como proveedor participante y que ofrece servicios fuera del área de cobertura. También se le puede denominar proveedor fuera de la red.

Proveedor participante es un médico, proveedor, hospital o centro de atención médica que tiene un acuerdo con nosotros para aceptar nuestras tarifas y pagos como pago total al brindar servicios a los Miembros. También puede denominarse proveedor de la red.

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

Prueba de biomarcadores significa el análisis del tejido, sangre u otra muestra biológica de un paciente para detectar la presencia de un biomarcador. El término incluye pruebas de un solo analito, pruebas de panel multiplex y la secuenciación completa del genoma.

Queja administrativa significa una queja oral o escrita presentada por, o en nombre de, un reclamante respecto de cualquier aspecto de un plan de beneficios de salud, con excepción de 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, tramitación o reembolso de reclamaciones por servicios de atención médica; y
- Terminación de la cobertura.

Queja significa cualquier insatisfacción expresada verbalmente o por escrito por un demandante a una organización de mantenimiento de la salud en relación con cualquier aspecto de la operación de dicha organización.

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

Reducciones federales de costos compartidos significa las reducciones en los costos compartidos previstas por la ley federal para una persona elegible, como una persona inscrita en un plan de nivel Silver en el Intercambio o una persona que sea indígena Americano/nativo de Alaska inscrita en un QHP en el Intercambio.

Rehabilitación significa atención para la restauración (incluso mediante educación o capacitación) de la capacidad previa de un Miembro para funcionar a un nivel de máximo beneficio terapéutico. Este tipo de atención debe consistir en rehabilitación aguda, rehabilitación subaguda o rehabilitación diurna intensiva, e incluye terapia de rehabilitación y programas de manejo del dolor. Se considerará que una hospitalización como paciente internado es para fines de rehabilitación a partir del momento en que el Miembro haya sido estabilizado médicamente y comience a recibir terapia de rehabilitación o tratamiento bajo un programa de manejo del dolor. Terapia de rehabilitación significa fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia respiratoria.

Rescisión de cobertura significa una cancelación o interrupción de la cobertura que tiene efecto retroactivo. Antes de rescindir la cobertura, un plan de salud grupal debe proporcionar un aviso por escrito con al menos treinta (30) días de anticipación a cada participante (en el mercado individual, suscriptor principal) que se vería afectado. Una cancelación o interrupción de la cobertura no se considera una rescisión si:

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

Revisión de utilización concurrente es una forma de revisión de utilización que se aplica a servicios de atención médica en curso o a una extensión del tratamiento más allá de los servicios previamente aprobados.

Revisión de utilización o administración de utilización es el proceso mediante el cual se revisan y gestionan las condiciones médicas de un miembro para garantizar que reciba la atención adecuada, por parte del proveedor adecuado, en el momento oportuno. Este proceso maximiza los beneficios y garantiza atención médica de calidad.

Segundas opiniones brindan la oportunidad, o bien el requisito, de obtener una evaluación clínica por parte de un proveedor distinto del que originalmente recomendó un servicio de salud propuesto, con el fin de evaluar la necesidad médica y la idoneidad de dicho servicio propuesto.

Servicio de diagnóstico son procedimientos ordenados por un médico o proveedor con el fin de determinar una condición o enfermedad definida, o revisar el estado médico de una condición o enfermedad existente.

Servicios ambulatorios son servicios de atención médica proporcionados en el consultorio de un proveedor, clínica, centro médico o centro quirúrgico ambulatorio, en los cuales la estadía del paciente no supera las veinticuatro (24) horas.

Servicios de atención médica son, en la medida en que el Plan los ofrezca, servicios, suministros y procedimientos para el diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una afección de salud, enfermedad, lesión o dolencia. También incluyen, según lo establecido por el plan de beneficios de salud, servicios de salud física y mental (incluidos servicios comunitarios de salud mental), así como servicios para discapacidades del desarrollo o retrasos en el desarrollo.

Servicios de atención primaria son los servicios proporcionados por un PCP o proveedor primario de servicios de atención médica.

Servicios de habilitación son servicios de atención médica que ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar habilidades y funciones para la vida diaria. Ejemplos incluyen terapia para un niño que no camina ni habla a la edad esperada. Estos servicios pueden incluir fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades, en entornos ambulatorios o de hospitalización.

Servicios del programa de cuidados paliativos significa un programa administrado de forma centralizada, diseñado para proporcionar atención física, psicológica y espiritual a personas en fase terminal y a sus familias. El objetivo de los cuidados paliativos es permitir que el proceso de fallecimiento ocurra con un mínimo de incomodidad para el paciente, preservando su dignidad y calidad de vida. Los servicios pueden brindarse en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en una unidad especial de cuidados paliativos.

Servicios excluidos son aquellos servicios de atención médica que no están cubiertos y que no serán pagados por nosotros.

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

Solicitud se refiere a los formularios que todo suscriptor debe completar al inscribirse para obtener nuestra cobertura.

Subluxación significa una desalineación, demostrable mediante radiografías o examen quiropráctico, que causa dolor y puede corregirse mediante manipulación manual.

Suscriptor significa la persona que es titular del contrato y responsable del pago de las primas a CHRISTUS Health Plan.

Telemedicina significa un servicio de atención médica proporcionado por un médico con licencia en Texas, o por un profesional de la salud que actúe bajo la delegación y supervisión de un médico con licencia en Texas, y que actúe dentro del alcance de dicha licencia, a un paciente en una ubicación física distinta mediante telecomunicaciones o tecnología de la información.

Teleodontología significa un servicio de atención médica proporcionado por un dentista, o un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión de un dentista, dentro del alcance de su licencia o certificación, a un paciente ubicado en un lugar físico distinto mediante el uso de telecomunicaciones o tecnología de la información.

Telesalud se refiere a un servicio, distinto de los servicios médicos de telemedicina o dentales de teleodontología, proporcionado por un profesional de la salud autorizado, certificado o facultado para ejercer en Texas, que actúe dentro del alcance de su licencia o certificación, a un paciente en una ubicación física diferente, mediante telecomunicaciones o tecnología de la información.

Terapia de infusión en el hogar significa la administración de líquidos, nutrición o medicamentos (incluidos todos los aditivos y la quimioterapia) por infusión intravenosa o gastrointestinal (enteral), o mediante inyección intravenosa, en el entorno del hogar. La terapia de infusión en el hogar incluye:

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

Terapia del habla es el tratamiento y los ejercicios destinados a tratar trastornos de la voz, el habla y la deglución, debido a una enfermedad o lesión diagnosticada, proporcionados por un proveedor calificado.

Terapia ocupacional significa una actividad terapéutica constructiva, diseñada y adaptada para promover la restauración de funciones físicas útiles y mejorar la capacidad funcional de un miembro para realizar actividades de la vida diaria.

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

Terminación de la cobertura significa la cancelación o no renovación de la cobertura proporcionada por un plan de atención médica a un reclamante. No incluye la terminación voluntaria por parte del reclamante ni la finalización de un plan de beneficios de salud que no cuente con una cláusula de renovación.

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

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

Usted, su y los suyos se refiere al Miembro.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

CHRISTUS Health Plan quiere brindarle beneficios de atención médica de alta calidad. Como Miembro del Plan de Salud CHRISTUS (el “Plan”), usted tiene ciertos derechos. También tienes algunas responsabilidades. Es importante que comprenda completamente tanto sus derechos como sus responsabilidades en virtud de este Contrato. Esta sección explica sus derechos y responsabilidades en virtud de este Contrato.

AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO

Su plan HMO celebra contratos con médicos, centros y otros proveedores de atención médica para tratar a sus miembros. Los proveedores que tienen contrato con su plan de salud se denominan “proveedores contratados” (también conocidos como “proveedores dentro de la red”). Los proveedores contratados conforman la red del plan. Su plan solo pagará la atención médica que reciba de médicos y centros dentro de su red.

Sin embargo, hay algunas excepciones, como en casos de emergencia, cuando usted no eligió al médico, y para servicios de ambulancia.

La red de su plan

Su plan de salud debe contar con suficientes médicos y centros dentro de su red para brindar todos los servicios que el plan cubre. No debería tener que viajar demasiado lejos ni esperar demasiado tiempo para recibir atención. Esto se llama adecuación de la red. Si no puede encontrar la atención que necesita, solicite ayuda a su plan de salud. Tiene derecho a recibir la atención que necesita bajo su beneficio dentro de la red.

Si considera que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en www.tdi.texas.gov o llamando al 800-252-3439.

Lista de médicos

Puede obtener un directorio de proveedores de atención médica que están en la red de su plan. Puede consultar el directorio en línea en www.christushealthplan.org o llamando al 844-282-3025.

Si utilizó el directorio de su plan de salud para elegir un proveedor dentro de la red y luego resulta estar fuera de la red, es posible que no tenga que pagar el costo adicional que cobran los proveedores fuera de la red.

Facturas por atención médica

Si recibió atención médica de un médico fuera de la red mientras se encontraba en un centro dentro de la red y no eligió al médico, no tendrá que pagar más que su copago, coseguro y deducible habituales. La protección también aplica si recibió atención de emergencia en un centro fuera de la red, o si se realizó análisis de laboratorio o estudios de imágenes relacionados con atención dentro de la red.

Si recibe una factura mayor de lo que esperaba, comuníquese con su plan de salud. Obtenga más información sobre cómo está protegido contra facturas médicas sorpresa en tdi.texas.gov.

Derechos de los miembros

Como Miembro del Plan, usted tiene derecho a:

- Servicios disponibles y accesibles para atención médica cubierta y medicamento necesaria, incluidas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para servicios de urgencia o emergencia, y para otros servicios según lo establecido en este Contrato o el *Programa de Beneficios*.
- Ser tratado con prontitud, cortesía y responsabilidad, en una forma que respete su dignidad y privacidad.
- Recibir información detallada sobre su cobertura, beneficios y servicios incluidos en este Contrato. Esto incluye exclusiones de condiciones, enfermedades o trastornos específicos, beneficios restringidos de medicamentos recetados, políticas y procedimientos del Plan sobre productos, servicios, procedimientos de apelación de proveedores y otra información sobre el Plan y sus beneficios. También incluye acceso a una lista actualizada de proveedores participantes; información sobre la formación, educación y práctica de proveedores específicos; los derechos y responsabilidades de los miembros; y el derecho a hacer recomendaciones sobre las políticas de derechos y responsabilidades.
- Atención médica asequible, con información sobre gastos de bolsillo, limitaciones, derecho a buscar atención de proveedores no participantes y una explicación sobre su responsabilidad financiera si los servicios se prestan sin autorización previa o por proveedores no participantes.
- Elegir un proveedor de atención primaria dentro de los límites de los servicios cubiertos, la red del Plan y conforme al Contrato, incluyendo el derecho a rechazar la atención de ciertos profesionales. Participar en las decisiones sobre su atención médica junto con sus proveedores.
- Recibir, por parte de su proveedor participante, explicaciones sobre su condición médica, tratamiento recomendado, riesgos, resultados esperados y alternativas razonables, en términos comprensibles. Si no puede comprender esta información, se deberá proporcionar la explicación a su familiar más cercano, tutor u otra persona autorizada. Esta información se documentará en su expediente médico.
- Ejercer todos los derechos otorgados por la ley, normas o reglamentos aplicables como paciente de una instalación médica autorizada, incluyendo ser informado sobre su tratamiento, dar consentimiento, rechazar tratamiento (incluidos medicamentos), y ser informado de las posibles consecuencias de negarse. Este derecho aplica incluso si el tratamiento no está cubierto ni es médicamente necesario bajo el Plan. En caso de emergencia que ponga en grave peligro su vida o salud, es posible que no sea posible obtener su consentimiento o el de un familiar o tutor.
- Presentar quejas o apelaciones ante el Plan o ante el Comisionado de Seguros (Comisionado) sobre el Plan o su cobertura. También tiene derecho a recibir una respuesta dentro de un plazo razonable, conforme a la ley, y sin temor a represalias.
- Ser notificado oportunamente sobre la cancelación o cambios en beneficios, servicios o proveedores de la red.
- Confidencialidad en todas las comunicaciones, incluidas las relacionadas con su información médica y financiera. Que su privacidad sea respetada por el Plan y sus proveedores, conforme a la ley.
- Recibir una explicación completa de cualquier denegación de beneficios, oportunidad de apelar internamente, y derecho a solicitar asistencia del Comisionado.
- Conocer, previa solicitud, los acuerdos financieros entre el Plan y los proveedores participantes que puedan restringir derivaciones, tratamientos u opciones.

- Recibir atención por profesionales calificados cerca de su lugar de residencia o trabajo, dentro del área de servicio del Plan.
- Obtener información sobre cómo se autorizan o deniegan los beneficios. Conocer cómo se evalúan las nuevas tecnologías para beneficios cubiertos. Solicitar y recibir información sobre el plan de garantía de calidad y metodología de revisión de utilización del Plan.
- Obtener información detallada sobre los requisitos que debe cumplir para autorizaciones previas y revisión de utilización.

Responsabilidades de los miembros

Como Miembro del Plan, usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información veraz y completa a quienes le brindan atención.
- Revisar y comprender la información que recibe sobre su Plan.
- Conocer el uso adecuado de los servicios cubiertos.
- Presentar su tarjeta del Plan antes de recibir atención.
- Consultar a su médico antes de recibir atención, salvo en situaciones de emergencia.
- Notificar oportunamente si no podrá asistir a una cita.
- Pagar todos los cargos o copagos, incluidos los relacionados con citas perdidas. Se aplica a los deducibles y cualquier cargo por beneficios y servicios no cubiertos.
- Expresar sus opiniones, quejas o inquietudes de forma constructiva a Servicios para Miembros o a su proveedor.
- Informar al Plan sobre cualquier cambio de domicilio, número telefónico, tamaño familiar o estado de afiliación dentro de los treinta (30) días calendario del cambio.
- Realizar los pagos de su prima puntualmente.
- Notificar al Plan sobre otra cobertura médica.
- Seguir el proceso de quejas y apelaciones cuando no esté conforme con decisiones del Plan o del proveedor.
- Comprender sus problemas de salud y participar en el establecimiento de metas de tratamiento junto con sus proveedores.
- Seguir los planes e instrucciones acordados con su proveedor.

Comprender el funcionamiento del Plan. Leer detenidamente este Contrato y su *Programa de Beneficios*. Comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros cuando tenga preguntas sobre su Plan.

Información del Mercado (Intercambio)

Podemos ayudarle con preguntas sobre el Mercado. También puede obtener información sobre el Mercado llamando sin costo al 1-800-318-2596 o visitando www.healthcare.gov/marketplace/index.html. El Mercado puede brindarle información sobre cómo aprovechar al máximo sus beneficios. También pueden indicarle cómo comunicarse con un navegador. Los navegadores están capacitados para proporcionarle información sobre el Mercado y cómo acceder a 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 notificaremos que es posible que se le proporcionen materiales o comunicaciones en papel o en formato no electrónico y cómo solicitar esa información. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento nos

indicará si desea que solo una transacción específica se envíe electrónicamente o si hay categorías específicas de información que desea recibir por medios electrónicos.

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

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad

El Intercambio Federal (Intercambio) toma decisiones sobre la elegibilidad a partir de la solicitud que usted envía. Usted es responsable de informar al Intercambio sobre cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad. Ejemplos de cambios incluyen: adopción, nacimiento, incorporación de otro dependiente o divorcio. Para ser elegible a los beneficios cubiertos bajo este Contrato, debe estar inscrito como Miembro. Un Miembro es la persona que ha solicitado cobertura para sí misma y para sus dependientes, y a quien se le ha emitido este Contrato.

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

- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos;
- Residir, vivir o trabajar en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan. La residencia legal de cualquier dependiente inscrito debe ser la misma que la del suscriptor, o debe encontrarse:
 - En el área de servicio con la persona que tenga la tutela temporal o permanente o la curaduría de los dependientes, incluidos los adoptados o menores que hayan sido objeto de una demanda de adopción por parte del afiliado, y sobre quienes el suscriptor tenga la responsabilidad legal de la atención médica; o
 - En el área de servicio bajo otras circunstancias en las que el suscriptor sea legalmente responsable por la atención médica de los dependientes; o
 - En el área de servicio con el cónyuge del suscriptor; o
 - En cualquier lugar de los Estados Unidos, si existe una orden de manutención médica o dental que exija la cobertura del menor bajo un plan.
- Estar legalmente presente en los Estados Unidos si no es ciudadano o nacional del país;
- No estar encarcelado, salvo que esté en espera de resolución de cargos;
- No ser elegible para Medicare por edad, enfermedad o discapacidad (salvo para personas con enfermedad renal terminal), o tener más de 65 años, ser elegible para la Parte A sin prima, pero no cobrar beneficios del Seguro Social ni estar inscrito en la Parte A ni en la Parte B.

Para agregar un recién nacido y otros dependientes a su Plan, debe completar un formulario de inscripción para el dependiente y enviarlo al Intercambio Federal. Debe notificarnos antes del nacimiento del niño o dentro de los 31 días posteriores al nacimiento, si desea agregarlo como Dependiente, y pagar la prima requerida para continuar la cobertura. Comuníquese con el Mercado para inscribirse. No excluirémos ni limitaremos la cobertura para un recién nacido del suscriptor o su cónyuge; los defectos congénitos se tratarán como cualquier otra enfermedad o lesión cubierta. El recién nacido podrá recibir servicios de proveedores no participantes si el parto fue fuera del área de servicio por emergencia, o si la madre no tenía cobertura y el parto fue en un centro no participante. Podemos requerir que el recién nacido sea transferido a un centro participante a nuestro cargo, y si corresponde, a un proveedor participante, cuando sea médicamente apropiado.

A pesar de los requisitos de elegibilidad de notificación del Intercambio, un hijo recién nacido del suscriptor o del cónyuge del suscriptor tiene derecho a la cobertura durante los primeros treinta y un (31) días posteriores al nacimiento. Puede notificar a CHRISTUS Health Plan verbalmente o por escrito sobre la inclusión del recién nacido como Dependiente cubierto. Además, los nietos que vivan con el suscriptor pueden calificar como Dependientes. Para calificar, deben cumplir con todos los siguientes criterios:

- Son solteros;
- Menores de 25 años; y
- Dependientes del suscriptor para fines del impuesto federal sobre la renta al momento de la solicitud de cobertura.

La cobertura para un nieto no se cancelará solamente porque ya no sea dependiente para efectos del impuesto sobre la renta.

Para ser elegible como Dependiente, se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Ser dependiente de una Persona Calificada que sea elegible para recibir cobertura a través del Intercambio conforme a la ley de Texas; Y
- Estar inscrito al mismo tiempo que el Miembro, O
- Estar inscrito dentro de los 31 días posteriores a un Evento Calificado conforme al Período Especial de Inscripción.

Un Dependiente puede ser el cónyuge legal o pareja de hecho del Miembro, y los hijos menores de 26 años. El término “niño(s)” incluye:

- Hijo biológico;
- Hijastro, hijo adoptivo o en proceso de adopción, incluyendo los del cónyuge o pareja de hecho;
- Hijo bajo la tutela legal del Miembro, su cónyuge o pareja de hecho.

Salvo circunstancias especiales, la cobertura se limita a menores de 26 años. Los dependientes mayores de esa edad pueden seguir cubiertos si no pueden trabajar por una discapacidad física o mental, y dependen principalmente del suscriptor para su manutención. Debe presentarse prueba de discapacidad y dependencia dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de elegibilidad como Dependiente. Una vez al año, podremos requerir prueba de que la condición persiste.

Los menores bajo su tutela legal permanente deben contar con una orden judicial (como una Orden Médica Calificada de Manutención Infantil). Proporcionaremos cobertura a estos dependientes conforme a la legislación federal o estatal aplicable. No se aplicarán restricciones de temporada de inscripción. Estos menores también son elegibles para beneficios dentales bajo este Contrato.

Derechos de los padres con custodia

Si un menor dependiente cuenta con cobertura médica bajo un padre sin custodia, proporcionaremos al padre con custodia la información necesaria para que el menor obtenga beneficios; permitiremos que el padre con custodia o el proveedor presente reclamaciones por servicios cubiertos sin necesidad de aprobación del padre sin custodia; y realizaremos pagos por dichas reclamaciones, conforme a la ley de Texas, directamente al padre con custodia, al proveedor o a la agencia estatal de Medicaid.

Derechos de los padres sin custodia

Los padres sin custodia de menores cubiertos por el contrato de un padre con custodia conservan ciertos derechos, a menos que hayan sido revocados mediante orden judicial o decreto de divorcio. Los padres sin custodia pueden comunicarse con nosotros para obtener y proporcionar la información necesaria, incluyendo, entre otros, información sobre proveedores, reclamaciones, pagos y beneficios o servicios relacionados con el menor.

Inscripción

La inscripción en línea para el Intercambio 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 Intercambio

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

- La persona calificada o el dependiente pierde la cobertura esencial mínima;
- La persona calificada adquiere un dependiente o se convierte en dependiente mediante matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en cuidado de crianza o a través de una orden de manutención infantil u otra orden judicial;
- Una persona que anteriormente no era ciudadano, nacional o individuo legalmente presente obtiene dicho estatus;
- La inscripción o no inscripción de una persona calificada en un plan de salud calificado es no intencional, involuntaria o errónea y resulta de un error, tergiversación u omisión de un funcionario, empleado o agente del Intercambio o del HHS, o de sus dependencias, según lo evaluado y determinado por el Intercambio. En tales casos, el Intercambio podrá tomar las medidas necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación u omisión.
- Un afiliado demuestra adecuadamente al Intercambio que el plan de salud calificado en el que está inscrito violó sustancialmente una disposición material de su contrato en relación con el afiliado.
- Se determina que una persona es recientemente elegible o no elegible para los Pagos Anticipados del Crédito Fiscal Federal para Primas (Advance Payments of the Federal Premium Tax Credit, APTC), o ha tenido un cambio en su elegibilidad para las Reducciones Federales de Costos Compartidos, independientemente de si ya está inscrita en un plan de salud calificado.
- Una persona calificada o un afiliado obtiene acceso a un nuevo plan de salud calificado como resultado de una mudanza permanente.
- Eventos calificados definidos en la sección 603 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados de 1974, según enmendada;
- Un indígena americano, según se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica para Indígenas, puede inscribirse en un plan de salud calificado o cambiar de un plan de salud calificado a otro una vez al mes; o
- Una persona calificada o un afiliado demuestra al Intercambio, de acuerdo con las pautas emitidas por el HHS, que cumple con otras circunstancias excepcionales establecidas por el Intercambio.

- En caso de matrimonio, al menos uno de los cónyuges debe demostrar que cuenta con una cobertura esencial mínima;
- La persona calificada o el afiliado es víctima de abuso doméstico o abandono conyugal; incluyendo víctimas dependientes o solteras dentro del hogar que estén inscritas en una cobertura esencial mínima y busquen cobertura separada del agresor;
- La persona calificada o el afiliado solicita cobertura en el Intercambio durante el período anual de inscripción abierta o debido a un evento calificado, es evaluado como potencialmente elegible para Medicaid o CHIP, pero posteriormente es determinado no elegible por la agencia estatal correspondiente, ya sea después del cierre del período de inscripción abierta o más de sesenta (60) días después del evento calificado.

Pérdida de la cobertura esencial mínima En el caso de un miembro cuya cobertura no sea continuación de COBRA, se considera que se cumplen las condiciones cuando la cobertura se cancela por pérdida de elegibilidad (independientemente de si la persona es elegible o elige la continuación de cobertura bajo COBRA). La pérdida de elegibilidad no incluye falta de pago oportuno de primas ni terminación de cobertura por causa (como presentar una reclamación fraudulenta o tergiversar intencionalmente un hecho importante relacionado con el Plan). La pérdida de elegibilidad incluye, entre otros:

- Separación legal, divorcio, cese de condición de dependiente (por ejemplo, alcanzar la edad máxima permitida), fallecimiento del empleado, terminación del empleo, reducción en las horas trabajadas, o cualquier pérdida posterior medida en referencia a los anteriores;
- Cuando la cobertura ofrecida por una HMO u otro arreglo en el mercado individual no proporciona beneficios a quienes ya no residen en el área de servicio, se considera pérdida de cobertura si el individuo ya no vive allí (independientemente de si fue una decisión personal);
- Presentar una reclamación que cumpla o exceda un límite de por vida en los beneficios;
- Que un plan ya no ofrezca beneficios a una clase de personas en situación similar que incluya al individuo.
- Si un empleado o dependiente con cobertura no COBRA pierde la contribución del empleador hacia su cobertura, también se considera que las condiciones están satisfechas. Estas contribuciones pueden ser de empleadores actuales o anteriores.
- Para empleados o dependientes con cobertura bajo COBRA, se considera que las condiciones se cumplen cuando dicha cobertura se agota. Una persona que cumple los requisitos de inscripción especial, no se inscribe, y en su lugar opta por COBRA y la agota, cumple con las condiciones.

Personas calificadas que se inscriban entre el día 1 y el 15 del mes, tendrán vigencia a partir del primer día del mes siguiente. Las que se inscriban entre el día 16 y el último del mes, tendrán vigencia a partir del primer día del segundo mes siguiente.

En el caso de nacimiento, adopción o colocación para adopción, la cobertura entra en vigencia en la fecha del nacimiento, adopción o colocación para adopción; sin embargo, los Pagos por Adelantado del Crédito Fiscal Federal para Primas (APTC) y las Reducciones Federales de Costos Compartidos, si corresponde, no entran en vigencia 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 cobertura de Dependientes inscritos mediante una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción o fecha de entrada en vigor de la Orden, sin exceder los 60 días de cobertura retroactiva.

En caso de matrimonio o pérdida de cobertura esencial mínima, la Fecha de Vigencia será el primer día del mes siguiente.

El Intercambio puede establecer una Fecha de Vigencia de cobertura para una Persona Calificada anterior a la especificada en los párrafos anteriores, siempre que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- No se haya determinado que la Persona Calificada es elegible para los Pagos por Adelantado del Crédito Fiscal Federal para Primas o para las Reducciones Federales de Costos Compartidos; o
- La Persona Calificada pague la prima completa correspondiente al primer mes parcial de cobertura, así como todos los costos compartidos, renunciando así al beneficio de los Pagos por Adelantado del Crédito Fiscal Federal para Primas y de las Reducciones Federales de Costos Compartidos hasta el primer día del mes siguiente.

Notificación de cambio de estatus

Cualquier cambio en el estatus del miembro posterior a la Fecha de Vigencia debe notificarse a Servicios para Miembros. Estos cambios pueden implicar modificaciones en las primas. Los ejemplos incluyen:

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

En caso de cambio en el estado civil, se otorgará cobertura conforme al estatuto de Texas.

Cancelación de cobertura

La cobertura finalizará bajo este Contrato en la primera de las siguientes situaciones:

- No se recibe el pago de la prima en su vencimiento, sujeto al período de gracia estipulado en este Contrato;
- Transcurridos al menos 30 días desde la notificación escrita, el Miembro ya no reside, vive ni trabaja en el área de servicio; con excepción de menores sujetos a una orden de manutención médica, cuya cobertura no será cancelada por no residir en dicha área;
- Se cancela el Plan o cierto tipo de cobertura individual, siempre que se haga de manera uniforme y sin considerar factores relacionados con el estado de salud de los afiliados o dependientes potenciales; Podemos cancelar la cobertura con 90 días de aviso escrito y ofrecer otra cobertura básica de salud individual garantizada en esa área de servicio; En caso de terminación por interrupción de toda la cobertura de atención médica básica individual por parte de la HMO en esa área de servicio, pero solo si la cobertura se interrumpe de manera uniforme sin tener en cuenta los factores relacionados con el estado de salud de los afiliados y de los dependientes de los afiliados que puedan ser elegibles para la cobertura, la HMO podrá cancelar la cobertura tras un aviso por escrito de 180 días al comisionado y a los afiliados. En tal caso, la HMO no podrá volver a ingresar al mercado individual en esa área de servicio durante cinco años a partir de la fecha en que se haya interrumpido la última cobertura no renovada.
- El Miembro ya no es una Persona Calificada ni es elegible para la cobertura a través del Intercambio;

- El Miembro comete fraude o tergiversación intencional de hechos materiales en la solicitud de inscripción, con un preaviso mínimo de 15 días;
- El Miembro comete fraude en el uso de servicios o instalaciones, con un preaviso mínimo de 15 días.

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

No cubriremos servicios prestados al Miembro o dependiente después de la fecha de terminación. Salvo acuerdo escrito en contrario, no se otorgarán beneficios cubiertos tras la terminación del Contrato, incluso si usted o su dependiente permanecen hospitalizados después de esa fecha.

Conversión de cobertura

Los Dependientes Elegibles bajo este Contrato tienen derecho a convertir su cobertura a un nuevo Contrato en caso de:

- La muerte del Miembro; o
- Divorcio, anulación o 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 para, o está inscrito en, Medicare.

El Dependiente debe informarnos su deseo de convertir su cobertura. Luego enviaremos un aviso con los derechos de conversión. El Dependiente deberá pagar la prima aplicable dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del aviso de derechos de conversión enviado por nosotros.

Un Dependiente que se convierta 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 servicio. El plan de conversión será el mismo tipo de cobertura que CHRISTUS Health Plan esté ofreciendo en ese momento y que el Miembro original y sus Dependientes tenían antes de la conversión. Las primas deben pagarse puntualmente. Si el Dependiente desea 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 al recibir atención.

El Plan es un plan de tipo “HMO”, lo que significa que usted selecciona un Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP) para coordinar toda su atención médica. El Plan también requiere que:

- Usted debe vivir, residir o trabajar en el área de servicio, a menos que sea un Dependiente, y cumplir con todas las reglas de cobertura de este Contrato.
- Debe recibir servicios de atención médica a través de nuestra red de proveedores participantes. Nuestra red está compuesta por médicos y hospitales con los que tenemos contratos para proporcionarle servicios médicos. Si no utiliza nuestra red de proveedores participantes, es posible que deba pagar por los servicios que reciba.
- Solo puede obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante cuando no haya un proveedor participante disponible dentro del área de servicio. Para obtener una autorización para estos servicios cubiertos, su PCP deberá enviarnos una solicitud de derivación. Los servicios de atención de emergencia están cubiertos, incluso si el proveedor no participa en la red.
- Debe pagar su parte de costo compartido en el momento en que reciba los servicios cubiertos. Nosotros pagaremos al proveedor el saldo adeudado por los servicios cubiertos. Su *Programa de Beneficios* contiene 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 algunas hospitalizaciones (la atención de maternidad no requiere autorización previa) y ciertos tipos de atención ambulatoria. Su proveedor participante debe asegurarse de que exista una autorización previa cuando sea necesaria. Consulte la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este Contrato para obtener más detalles.
- Los servicios de atención de emergencia fuera del área de servicio están cubiertos, pero otros tipos de atención podrían no estarlo.

Proveedores de atención primaria

Una buena relación con su Proveedor de Atención Primaria (PCP) le ayudará a usted y a su familia a aprovechar al máximo los beneficios de su Plan. Como Miembro, puede seleccionar un PCP para usted y para 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 ayudarle a elegir un PCP que forme parte de nuestra red de proveedores.

Si no elige un PCP al inscribirse, se le asignará automáticamente uno cercano a su domicilio. No está obligado a utilizar el PCP que se le haya asignado automáticamente. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para cambiar su PCP.

Los PCP pueden incluir médicos de medicina familiar, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras y/o ginecólogos (OB/GYN). Cada Miembro puede elegir el tipo de PCP que prefiera. Las Miembros femeninas pueden optar por tener un OB/GYN como su PCP si así lo desean. Para las Miembros femeninas que no elijan a un OB/GYN como su

PCP, no se requiere derivación para recibir servicios de proveedores participantes de obstetricia/ginecología. Su PCP es responsable de proporcionarle servicios de atención primaria. Estos incluyen exámenes anuales, vacunas de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean de emergencia. Una Miembro femenina también puede elegir un OB/GYN además de su PCP.

Si usted es un nuevo Miembro y tiene un problema médico o toma medicamentos, debe comunicarse con el consultorio de su PCP. Programe 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 afección médica crónica grave, incapacitante o potencialmente mortal. Esto se permite si el especialista brinda todos los servicios básicos de atención médica y tiene contrato con CHRISTUS Health Plan para realizar funciones de PCP. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para saber qué proveedores cumplen ambas funciones.

Directorio de proveedores de CHRISTUS Health Plan

Nuestro directorio de proveedores es una lista de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores con los que tenemos contrato. Este directorio se actualiza regularmente.

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.

Tarjeta de identificación

Se le ha enviado una Tarjeta de Identificación del Plan. Si necesita más tarjetas, puede descargarlas e imprimir copias adicionales desde su Portal de Miembros de CHRISTUS o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Lleve siempre consigo su Tarjeta de Identificación del Plan. La tarjeta enumera algunos de los beneficios a los que los Miembros tienen derecho y que pueden requerir pagos de copago. La información sobre los costos compartidos se encuentra en su *Programa de Beneficios*.

Usted tiene derecho a recibir beneficios del Plan por los servicios cubiertos si ha pagado todas las primas, deducibles y copagos, y si cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan. Tener la tarjeta del Plan no garantiza automáticamente el derecho a los beneficios. No permita que otras personas usen su Tarjeta de Identificación del Plan. Si lo hace, usted será responsable de pagar los servicios proporcionados a esa persona que no es Miembro. Además, su afiliación al Plan y la de sus Dependientes cubiertos podrá ser cancelada. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 de inmediato si su tarjeta se pierde o es robada.

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 proporciona orientación ni asesoramiento para el tratamiento médico y no debe interpretarse como servicios médicos prescritos. No utilice ninguna información de esta sección para tomar decisiones sobre sus necesidades de atención médica.

Esta sección está diseñada para proporcionar información general que proteja contra el uso no autorizado de sus beneficios médicos y su tarjeta de identificación. Esta información puede ayudar a crear conciencia sobre estrategias que utilizan personas sin escrúpulos para aprovecharse de usted con fines económicos. Además, si se usa su tarjeta de identificación o sus beneficios de atención médica para otra persona que no sea usted, se le pide que lo reporte utilizando el número de teléfono, fax o correo electrónico indicados en el siguiente párrafo.

- El uso de su tarjeta de identificación o de su información médica personal por parte de cualquier otra persona, la conozca usted o no, puede considerarse fraude y debe reportarse de inmediato a la Línea Directa de Fraude de CHRISTUS al 855-771-8072, fax seguro de fraude 210-766-8849 o al correo electrónico dedicado CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org.
- Informe cualquier ocurrencia de lo siguiente:
 - Un proveedor de atención médica factura por tratamiento, servicios o equipo médico que usted no recibió, o en una fecha distinta a la 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 usted visite a un proveedor de atención médica específico.
 - Si le ofrecen tratamiento gratuito en una residencia de rehabilitación con internamiento, ya sea dentro del estado o fuera de la ciudad.
 - Un proveedor de atención médica factura una cantidad excesiva por un tratamiento que usted recibió, incluso si ya pagó su deducible correspondiente.
 - Un proveedor de atención médica realiza tratamientos o servicios médicamente innecesarios y que no están relacionados con ninguna afección por la que usted haya buscado atención.
 - Un proveedor de atención médica le pide que reclute a familiares o amigos para recibir algún tratamiento o servicio.
 - Sigue recibiendo entregas de equipo médico que ya no necesita ni utiliza. (NO suspenda ningún tratamiento recetado sin consultar a un profesional médico)
 - Su período de tratamiento dura considerablemente más que el tiempo prescrito, parece no tener una fecha de finalización o no se le ha presentado un plan de atención.
 - Su tratamiento se extiende de manera anormal en varias visitas sin una razón médica válida.
- El uso no autorizado, fraudulento, indebido o abusivo de las tarjetas de identificación emitidas a los Miembros incluye, entre otros, cualquiera de los siguientes actos cuando son intencionales:
 - Uso de la tarjeta de identificación antes de su Fecha de entrada en vigor;
 - Uso de la tarjeta de identificación después de la cancelación de su cobertura bajo el Plan;
 - Obtener medicamentos recetados u otros beneficios para personas que no estén cubiertas por el Plan;
 - Obtener medicamentos recetados u otros beneficios que no estén cubiertos por el Plan;
 - Obtener medicamentos recetados para su reventa o para el uso de una persona distinta a aquella para quien se prescribieron, aunque dicha persona esté cubierta por el Plan;
 - Obtener medicamentos recetados sin receta médica o mediante el uso de una receta falsificada o alterada;

- Obtener cantidades de medicamentos recetados que excedan los estándares de uso médicamente necesarios o prudentes, o eludir los límites de cantidad establecidos por el Plan;
 - Obtener medicamentos recetados utilizando recetas del mismo medicamento emitidas por varios proveedores; u
 - Obtener medicamentos recetados en varias farmacias utilizando la misma receta.
- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo o indebido de las tarjetas de identificación por parte de cualquier Miembro puede dar lugar, entre otros, a:
 - Denegación de beneficios;
 - Cancelación de la cobertura;
 - Restricción en el uso de la tarjeta de identificación a un médico designado, otro proveedor o una farmacia dentro de la red;
 - Recuperación por parte del Plan de cualquier pago de beneficios realizado;
 - Requerimiento de aprobación previa para la compra de medicamentos y servicios médicos; o
 - Notificación a las autoridades competentes sobre posibles infracciones legales o éticas.

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 el deducible anual, el porcentaje de copago y los montos de copago para cada tipo de servicio, tal como se indican en su *Programa de Beneficios*.

Deducible anual

Ciertos servicios están sujetos a un deducible anual. Este es el monto que un Miembro debe pagar cada año calendario por servicios cubiertos antes de que se paguen algunos de esos servicios conforme a este Contrato. También se le conoce como deducible. Consulte su *Programa de Beneficios*.

No todos los servicios cubiertos están sujetos al deducible, como la mayoría de los servicios preventivos. Los montos de copago de su Plan no se aplican al deducible. Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer los montos del deducible de su Plan y obtener información sobre qué servicios no están sujetos al deducible.

Los copagos y las multas no se consideran para determinar si ha cumplido con su deducible.

Deducible por persona

Usted tiene un deducible individual. Una vez que se haya alcanzado su deducible individual, el Plan cubrirá los beneficios por sus servicios cubiertos. Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer el monto de su deducible.

Deducible familiar

Si está inscrito en cobertura familiar o cobertura para dos (2) o más personas, su Plan tiene un deducible familiar. Algunos servicios cubiertos no serán elegibles para pago por parte del Plan hasta que se haya alcanzado el deducible por persona o el deducible familiar. Los montos pagados por cualquier Miembro de su familia hacia su deducible por persona también se aplicarán al deducible familiar. Por ejemplo, si el deducible por persona del Miembro individual es de \$500, se podrán aplicar hasta \$500 por Miembro al deducible familiar. Una vez que se haya alcanzado el deducible familiar, no se aplicará el deducible por persona y pagaremos los servicios cubiertos.

Cambios en el deducible

Los cambios al deducible solo pueden realizarse al momento de la renovación.

Desembolso máximo anual

Su Plan incluye un desembolso máximo anual para protegerlo a usted y a sus Dependientes contra los altos costos de un evento catastrófico. El desembolso máximo anual es el monto máximo que usted pagará por costos compartidos en un año calendario para ciertos beneficios cubiertos. Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer el monto del desembolso máximo.

Solo los deducibles, el porcentaje de copago y los montos de copago que usted paga de su bolsillo por beneficios cubiertos se aplican al desembolso máximo anual. Una vez alcanzado este monto, los beneficios cubiertos se pagarán al 100 % durante el resto del año calendario.

Los deducibles y los montos de copago pagados por servicios de la vista que no se consideran beneficios esenciales de salud tampoco se aplican al máximo de desembolso de este Plan.

Una vez satisfecho su deducible, los copagos que pague por servicios cubiertos se aplicarán a su desembolso máximo. Los montos o servicios que no se aplican a su desembolso máximo incluyen:

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

Desembolso máximo por persona

Si tiene cobertura individual, tiene un desembolso máximo individual por persona que debe cumplir. Una vez alcanzado este monto, los beneficios cubiertos se pagarán al 100 % durante el resto del año calendario.

Cobertura familiar - Desembolso máximo

Para los Miembros con cobertura familiar, existe un desembolso máximo familiar. El desembolso máximo por persona de cada Miembro se aplica hasta que se alcance el desembolso máximo familiar. Cualquier combinación de miembros de la familia puede contribuir a cumplir con el desembolso máximo familiar. Una vez alcanzado el desembolso máximo familiar, los beneficios cubiertos se pagarán al 100 % durante el resto del año calendario. Por ejemplo, si el desembolso máximo por persona del Miembro individual es de \$2,000, se pueden aplicar hasta \$2,000 por Miembro al desembolso máximo familiar. Cualquier monto restante del desembolso máximo familiar debe ser cubierto por otros miembros de la familia.

Si tiene preguntas o desea informar que ha alcanzado su desembolso máximo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Porcentaje de copago

El porcentaje de copago es el porcentaje de los costos de un servicio cubierto según lo indicado en su *Programa de Beneficios*. Usted paga un porcentaje (por ejemplo, 20 %) después de haber satisfecho su deducible.

Copagos

El copago es la cantidad que se indica en su *Programa de Beneficios* y que debe pagar directamente al proveedor cada vez que reciba ciertos servicios cubiertos.

Se pueden requerir copagos por cada servicio que le proporcione su proveedor, incluso si tiene más de una cita el mismo día. Los copagos no se aplican al deducible.

Asistencia de terceros para medicamentos recetados

De conformidad con el Código de Seguros de Texas §1369.0542, si recibe asistencia financiera de un tercero (incluidos, entre otros, un cupón del fabricante de medicamentos, un vale de producto o un programa caritativo) para un medicamento recetado cubierto, el monto de dicha asistencia se aplicará a su deducible, coseguro, copago o desembolso máximo en la medida en que lo exija la ley.

Cualquier excepción a esta política se indicará claramente y se aplicará únicamente cuando lo permita la ley, incluso en casos en los que exista un equivalente genérico médicamente apropiado y dicha aplicación eluda los requisitos del formulario.

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

CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA

El Plan cuenta con 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. Es posible que su PCP le solicite la información que aparece en su tarjeta de identificación de miembro, así que téngala a la mano.
- Durante la visita médica, muestre su tarjeta de identificación de miembro.
- Si es necesario, obtenga una autorización previa de su PCP para ciertos beneficios cubiertos. Hay más información disponible 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 desea presentar una queja.

Atención de emergencia

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

Si le es posible, informe al personal de la sala de emergencias que es Miembro y proporcioneles su tarjeta de identificación de miembro.

Es posible que se requieran servicios de atención de emergencia para tratar una lesión accidental o la aparición repentina de una afección médica que provoque síntomas graves, como un dolor nuevo e intenso. Una persona común y prudente esperaría que la falta de atención médica inmediata represente un riesgo para la salud de un Miembro, deterioro de funciones corporales, disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, desfiguración o, en el caso de una mujer embarazada, un riesgo grave para la salud del feto.

Los servicios de atención de emergencia también pueden ser necesarios para tratar afecciones que podrían volverse más graves o potencialmente mortales si no se tratan de inmediato, como sangrado intenso, dolor abdominal severo, 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 considere 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 da lugar a una hospitalización, puede ser necesaria la notificación y la autorización para dicha admisión.

Pagaremos al proveedor a una tarifa acordada entre nosotros y el proveedor. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

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

En una emergencia, debe acudir al proveedor o centro disponible más cercano. No necesita autorización previa para recibir servicios de atención de emergencia de proveedores participantes o no participantes.

Los servicios de atención de emergencia que reciba de proveedores no participantes serán pagados por nosotros hasta el monto máximo pagadero, según se describe más adelante en la sección titulada “Costos para proveedores no participantes”. Sin embargo, puede ser transferido a un proveedor participante para continuar su atención si se considera médicamente adecuado. Pagará el mismo costo compartido que pagaría si se tratara de un proveedor participante. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Asegúrese de comunicarse con nosotros; en consulta con su proveedor determinaremos si deben hacerse los arreglos para transferirlo. Si después del alta médica recibe atención de seguimiento que no sea de emergencia de un proveedor fuera de la red, usted será responsable del costo de esos servicios.

Los servicios de atención no urgente, como la atención de seguimiento posterior a una emergencia, requieren autorización previa del Plan. Si no obtiene autorización previa para servicios de atención no urgente que así lo requieran, no cubriremos dichos servicios.

Todas las hospitalizaciones requieren nuestra autorización previa, salvo lo indicado para la atención de maternidad. Si es hospitalizado en un centro no participante o fuera de la red, debe comunicarse con el Plan para obtener autorización previa. Un familiar o cuidador autorizado debe comunicarse con nosotros si usted no puede hacerlo. Se requiere autorización previa para que los servicios cubiertos se paguen al nivel más alto de beneficios. Una vez obtenida la autorización previa y la admisión, un médico que no sea su PCP podrá dirigir y supervisar su atención.

Atención de urgencia

La atención de urgencia incluye los servicios médicamente necesarios brindados para tratar enfermedades o lesiones urgentes que no ponen en peligro la vida, pero que pueden requerir atención médica inmediata. La atención que se requiere fuera del horario laboral habitual del 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 con otro proveedor. Si el proveedor de atención primaria no está disponible y la afección persiste, llame a la Línea de Asesoramiento de Enfermería al (844) 581-3175. La Línea de Asesoramiento 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 apropiada para su necesidad específica.

Algunos ejemplos de enfermedades o lesiones urgentes son:

- Esguinces o una posible fractura;
- Un corte que podría necesitar puntos de sutura;
- Fiebre en aumento;
- Vómitos o diarrea intensos;
- Dolor de oído; y
- Síntomas de 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.

Visitas al consultorio

Los médicos y otros proveedores que lo atiendan en un consultorio le brindarán servicios tanto de atención primaria como de atención especializada. Estos servicios cubiertos pueden incluir exámenes anuales, inmunizaciones de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no sean de emergencia. Para atención preventiva, de rutina o especializada, llame o programe una cita con su médico u otro proveedor. Su proveedor gestionará la autorización previa si es necesaria.

Si necesita una cita para el mismo día o tiene una enfermedad urgente, llame al consultorio de su médico para programarla. Si su proveedor no puede atenderlo, es posible que le ofrezcan una cita con otro médico, enfermero practicante certificado o asistente médico de su grupo. Fuera del horario de atención, su médico puede tener un servicio de contestador automático.

Al llegar a su cita, muestre su tarjeta de identificación del Plan a la recepcionista. Es posible que deba hacer un copago antes de recibir los servicios. Si no puede asistir a una cita, cáncélela lo antes posible, ya que podrían aplicarse cargos por ausencia y dichos cargos no están cubiertos por el Plan.

Los servicios de telemedicina, telesalud y teleodontología están cubiertos por este Contrato al mismo nivel y con los mismos montos de copago que las demás visitas al 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 debido a una emergencia. El Director Médico del Plan lo determinará revisando los registros médicos y de la 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 será responsable del pago.

Continuidad de la atención

Si está recibiendo un tratamiento continuo de un proveedor no participante o de un proveedor participante cuyo contrato finaliza durante un tratamiento activo o continuo, es posible que sea elegible para continuar recibiendo los servicios como si el proveedor aún fuera participante. A esto se le llama continuidad de la atención.

Un paciente con atención continua es una persona que: (A) está recibiendo un tratamiento por una afección grave y compleja del proveedor o centro; (B) está recibiendo atención institucional o como paciente hospitalizado del proveedor o centro; (C) está programado para someterse a una cirugía no electiva con el proveedor, incluyendo la atención postoperatoria de dicho proveedor o centro en relación con esa cirugía; (D) está embarazada y recibiendo tratamiento relacionado con el embarazo del proveedor o centro; o (E) tiene o se le ha diagnosticado una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad del proveedor o centro.

Si un proveedor o profesional participante finaliza su contrato con el Plan, continuaremos reembolsándole por brindar tratamiento médicamente necesario a un Miembro que se encuentre en una “circunstancia especial”. “Circunstancia especial” se refiere a una condición que, según el juicio razonable del proveedor o profesional tratante, podría ocasionar daño al Miembro si se interrumpe la atención (incluyendo, entre otras, una discapacidad, afección aguda, enfermedad potencialmente mortal o embarazo).

El Plan continuará cubriendo los servicios incluidos hasta el último de los siguientes eventos: (a) el día nonagésimo (90.º) después de la fecha de vigencia de la terminación de la red del proveedor; (b) si al Miembro se le ha diagnosticado una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración de un período de nueve meses posterior a la fecha efectiva de dicha terminación; o (c) si el Miembro está embarazada al momento de la terminación, hasta el parto, la atención posparto inmediata y el control de seguimiento a las seis semanas.

Para nuevos miembros

Si está recibiendo un tratamiento continuo con un proveedor que no pertenece a la red de proveedores de CHRISTUS Health Plan, es posible que pueda continuar recibiendo servicios de ese proveedor y que estos se cubran al nivel de beneficios correspondiente a los proveedores participantes. Los miembros con ciertas condiciones pueden solicitarnos la 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, usted podría ser elegible para continuar atendándose con ese proveedor. Los miembros actuales con ciertas afecciones médicas pueden ser elegibles para recibir continuidad en la atención. Este período de transición permitirá que el Miembro mantenga el acceso continuo a un proveedor. No necesita solicitar que la atención continúe, ya que esta se coordina a través del Plan.

Acceso a proveedores no participantes

Si un servicio cubierto es médicamente necesario y no está disponible a través de un proveedor participante, lo derivaremos a un proveedor no participante en un plazo no mayor a cinco días hábiles después de recibir su solicitud y documentación, o antes, según su condición.

Coordinaremos la derivación. **Debe contar con nuestra aprobación antes de recibir los servicios, de lo contrario, usted será responsable del pago.**

Pagaremos al proveedor a la tarifa habitual y acostumbrada o a una tarifa acordada con el proveedor. Pagará el mismo costo compartido que pagaría si se tratara de un proveedor participante. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Antes de rechazar una derivación a un proveedor no participante, nos aseguraremos de que la solicitud sea revisada por un especialista que esté familiarizado con su afección médica y que pertenezca a la misma especialidad o una similar a la del médico o proveedor mencionado en su solicitud.

Transparencia en la cobertura

Los planes de Intercambio de HMO de CHRISTUS Health requieren que seleccione un proveedor de atención primaria (PCP) que pertenezca a la red para coordinar toda su atención. Pagaremos los servicios cubiertos que nuestros miembros reciban de nuestros proveedores dentro de la red. Sin embargo, los miembros que reciban atención de un proveedor dentro de la red sin la debida autorización previa, cuando esta sea requerida, incurrirán en mayores gastos de su bolsillo.

Los servicios de proveedores fuera de la red no están cubiertos, y los proveedores pueden cobrarle directamente por sus servicios. Los servicios fuera de la red provienen de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que no han firmado contrato con CHRISTUS Health Plan. Un profesional de la salud fuera de la red de su plan puede establecer un costo más alto por un servicio que los profesionales dentro de la red de su plan. Dependiendo del profesional, el servicio podría costar más o no estar cubierto en absoluto por su plan. El cobro de este monto adicional se conoce como “facturación de saldo”.

Excepto en el caso de servicios de emergencia, los miembros que acudan a un proveedor fuera de la red deberán pagar de su bolsillo todos los cargos por los servicios médicos recibidos. Los servicios de emergencia están cubiertos independientemente de si los miembros utilizan un proveedor o sala de emergencias dentro o fuera de la red. Los miembros pagarán el costo compartido correspondiente a la red (copago, porcentaje de copago y deducible) por los servicios de emergencia cubiertos.

Ley Sin Sorpresas

Cuando reciba atención de emergencia o tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red en un hospital de la red, departamento ambulatorio, hospital de acceso crítico, centro quirúrgico ambulatorio u otro centro especificado por el Secretario que brinde artículos o servicios cubiertos por el plan, estará protegido contra la facturación sorpresa o facturación de saldo.

Cuando consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un porcentaje de copago y/o un deducible. Podría incurrir en otros costos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica fuera de la red de su plan. “Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados a cobrarle la diferencia entre lo que su plan acuerda pagar y el monto total del servicio. Esto se conoce como “facturación de saldo”. Este monto probablemente sea mayor que el costo de un servicio similar dentro de la red y es posible que no se aplique a su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención — como en una emergencia o cuando agenda una cita en un centro dentro de la red pero lo atiende inesperadamente un proveedor fuera de la red.

Cuando la facturación de saldo no está permitida, usted tiene las siguientes protecciones: solo será responsable de pagar su parte correspondiente (como copagos, porcentajes de copago y deducibles, igual que si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red. Su plan de salud, por lo general, debe:

- Cubrir los servicios de emergencia sin requerir aprobación previa (autorización previa).
- Cubrir servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
- Calcular su costo compartido (cost-sharing) con base en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar dicho monto en su explicación de beneficios.
- Aplicar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o fuera de la red a su deducible y a su límite de gastos de bolsillo.

Costos para proveedores no participantes

El cargo permitido es el monto que hemos determinado como el máximo pagadero por un servicio cubierto. Para los servicios cubiertos brindados por proveedores no participantes, el monto pagadero será una tarifa acordada entre nosotros y el proveedor no participante, o estará basado en nuestro programa de tarifas fuera de la red. El programa de tarifas fuera de la red corresponde a la tarifa habitual y acostumbrada, basada en el monto promedio negociado por CHRISTUS para servicios dentro de la red, y es coherente con las reglas de agrupación y lógica reconocidas y aceptadas a nivel nacional. Nuestro programa de tarifas fuera de la red se basa en estándares y prácticas comúnmente aceptadas en la industria para determinar el cargo habitual facturado por un servicio, y refleja de manera justa y precisa las tarifas del mercado, incluidas las diferencias geográficas en los costos. Además, es coherente con las reglas de agrupación y lógica reconocidas y aceptadas a nivel nacional.

Estos proveedores no participantes no pueden cobrarle el saldo por los montos que no hayamos pagado. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Proveedores basados en instalaciones

Es posible que un proveedor basado en instalaciones, un proveedor de diagnóstico por imágenes fuera de la red o un proveedor de servicios de laboratorio no sean proveedores participantes. Estos proveedores no participantes no pueden cobrarle el saldo por los montos que no hayamos pagado. Si recibe una factura de saldo de un proveedor basado en instalaciones, ya sea participante o no participante, comuníquese con nosotros.

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

Según su Plan, algunos servicios de atención médica no están cubiertos a menos que cuente con una autorización previa. Esta sección explica el proceso de autorización previa y qué servicios la requieren. **Esta no es una lista completa.** Puede obtener información en nuestro sitio web en <https://www.christushealthplan.org/provider-resources/prior-authorization> 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 mediante el cual evaluamos su caso para determinar si un servicio es médicamente necesario y está cubierto antes de que se le proporcione.

Nuestro Director Médico u otros profesionales clínicos evaluarán el servicio, su información médica, el lugar del tratamiento y otros datos para decidir si aprueban la atención propuesta.

Sin la autorización previa, el servicio propuesto podría no estar cubierto.

Si tiene preguntas sobre el proceso de autorización previa o los servicios que la requieren, 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, ese proveedor debe comunicarse con nosotros para obtener la aprobación. Su proveedor debe notificarnos y obtener la aprobación antes de que usted reciba estos servicios. Es posible que necesitemos hablar con su proveedor sobre los detalles del tratamiento o servicio solicitado.

Si necesita recibir servicios cubiertos de un proveedor no participante, usted es responsable de obtener la autorización previa correspondiente. Si no obtiene la autorización previa donde se requiere, es posible que su atención no esté cubierta por nosotros.

Una vez solicitada la autorización previa y enviada toda la documentación requerida, le notificaremos a usted y a su proveedor si la solicitud fue aprobada. También le informaremos a usted y a su proveedor si será necesaria una revisión continua de los servicios durante el tratamiento.

Para confirmar que hayamos procesado la 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 la autorización previa, el reclamo podría ser denegado.

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, nuestro personal clínico la revisa utilizando pautas reconocidas a nivel nacional. La determinación para solicitudes que no involucren hospitalización se proporcionará a más tardar el tercer día calendario desde la recepción de la solicitud. La determinación para servicios de atención hospitalaria se emitirá dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de la solicitud. La determinación para servicios de tratamiento posterior a la estabilización o para una afección potencialmente mortal se emitirá dentro de 1 hora a partir de la recepción de la solicitud.

La autorización previa indicará el período durante el cual será válida. También puede emitirse por un número determinado de tratamientos o servicios. Las solicitudes para renovar una reautorización existente pueden presentarse hasta sesenta (60) días antes de su vencimiento.

¿Qué servicios requieren autorización previa?

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

- Todas las hospitalizaciones médicas en cuidados agudos para pacientes hospitalizados, incluidos los servicios posteriores a la estabilización, salvo lo establecido en Atención de maternidad;
- Todas las hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las admisiones a centros subagudos;
- Todas las hospitalizaciones de cuidados agudos a largo plazo para pacientes hospitalizados;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Cirugía reconstructiva;
- Disfunciones de la articulación craneomandibular (CMJ) y de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, ATM);
- Servicios dentales;
- Equipos médicos duraderos;
- Pruebas genéticas, asesoramiento y tratamiento de errores congénitos del metabolismo (IEM);
- Atención médica domiciliaria;
- Resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones (PET) u otros procedimientos de imagen nuclear;
- Transporte en ambulancia no urgente;
- Servicios de trasplante de órganos;
- Fisioterapia ambulatoria, excluyendo la evaluación inicial;
- Terapia ocupacional ambulatoria, excluyendo la evaluación inicial;
- Manejo del dolor;
- Prótesis y órtesis;
- Otros servicios prestados durante una visita médica;
- Atención en centros de enfermería especializada; y
- Procedimientos quirúrgicos.

No se requerirá autorización previa para ciertos médicos y proveedores que cumplan con los criterios de exención.

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.

Evaluación de nuevas tecnologías

CHRISTUS Health Plan se compromete a cubrir atención médica y tecnología que sean seguras, eficaces y estén respaldadas por evidencia clínica sólida. Esto incluye nuevas tecnologías médicas, nuevos usos para tratamientos existentes y nuevos dispositivos médicos.

Antes de que una nueva tecnología sea considerada para cobertura, es revisada por el Comité de Gestión Médica. Esta revisión incluye la evaluación de investigaciones clínicas, guías médicas y recomendaciones de organizaciones confiables como sociedades médicas profesionales y agencias federales de salud. También se puede consultar a expertos en el campo médico correspondiente para obtener información adicional.

Si se demuestra que la tecnología es tan segura y eficaz como las opciones de tratamiento actuales, mejora los resultados de salud y puede utilizarse de manera confiable en entornos reales, se puede considerar médicamente necesaria y apropiada para su cobertura.

Autorización previa para medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos recetados e infusiones intravenosas. Los medicamentos restringidos, otras recetas o infusiones intravenosas que no estén en el *formulario*, pero que el proveedor considere médicamente necesarios y apropiados, pueden enviarse para autorización previa al Centro de Excepciones de Farmacia por fax, teléfono o correo postal, junto con la documentación adecuada que respalde la necesidad médica.

No se requerirá más de una autorización previa al año para medicamentos recetados utilizados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, hemofilia o la enfermedad de Von Willebrand.

Esta sección no se aplica a:

- opioides, benzodiazepinas, barbitúricos o carisoprodol;
- medicamentos recetados cuyo período de tratamiento típico es inferior a doce (12) meses;
- medicamentos con recuadro de advertencia asignado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), que requieren una evaluación específica por parte del proveedor; o
- el uso de un medicamento aprobado por la FDA de manera distinta a la indicada oficialmente.

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

Decisiones sobre autorizaciones previas para medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Si nuestro personal clínico no puede aprobar su autorización previa por razones clínicas o porque se trata de medicamentos fuera del formulario, su caso se remitirá a nuestro Director Médico. El Director Médico evaluará su caso y revisará la información enviada por su proveedor. Nuestro Director Médico puede comunicarse con su proveedor para obtener más información.

Usted y su proveedor recibirán una notificación por escrito o por medios electrónicos si se aprueba la autorización previa. Usted y su proveedor serán notificados por teléfono u otros medios, según los servicios solicitados, si no se puede aprobar la autorización previa con base en la información recibida o si su Plan no cubre el servicio.

Apelación para medicamentos recetados e infusiones intravenosas

Servicios de atención estándar/no urgente

Evaluaremos las solicitudes de apelación que no sean de emergencia y notificaremos nuestra decisión a usted y a su proveedor dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de dicha solicitud.

Acelerado/Revisión de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelación aceleradas en función de circunstancias apremiantes. Se considera que existen circunstancias apremiantes si usted padece una condición de salud que pueda poner en grave riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su funcionalidad máxima, o si está siguiendo un tratamiento actual con un medicamento fuera del formulario. Tomaremos una decisión sobre la apelación acelerada y se la notificaremos a usted y a su proveedor a más tardar veinticuatro (24) horas después de recibir la solicitud de **medicamentos recetados e infusiones intravenosas**.

Le notificaremos a usted y a su proveedor de nuestra decisión acelerada dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de una solicitud escrita o verbal.

NOTA: La atención de emergencia y la atención urgente dentro de la red no requieren autorización previa.

¿Qué sucede si se niega la autorización previa?

Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO)

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión de apelación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). No necesita agotar nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa con una Organización de Revisión Independiente (IRO) si no se cumplen los plazos del proceso o si usted padece una afección médica que puede poner en grave riesgo su vida, salud o capacidad para recuperar su funcionalidad máxima, o si está bajo tratamiento actual con un medicamento fuera del formulario. Nuestra notificación sobre la determinación de la apelación incluirá instrucciones completas para presentar una solicitud de revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO). La revisión externa acelerada puede iniciarse al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.

La Organización de Revisión Independiente (IRO) debe emitir una decisión sobre atención urgente a usted y a nosotros en un plazo no mayor a veinticuatro (24) horas desde la recepción de la solicitud de revisión externa, o en un máximo de cuarenta y cinco (45) días si se trata de una solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para usted.

- 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 está cubierto como beneficio.
- El Miembro no debe basarse en comunicaciones verbales de un representante de CHRISTUS Health Plan que entren en conflicto 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 del Contrato.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Su Plan ofrece cobertura para muchos servicios de atención médica. Esta sección le brinda detalles sobre sus beneficios cubiertos, así como otros requisitos, limitaciones y exclusiones. Debe pagar su deducible, el porcentaje de copago y el copago.

Específicamente cubierto

Su Plan ayuda a cubrir los gastos de atención médica que sean médicamente necesarios y estén específicamente cubiertos en este Contrato. Específicamente cubierto significa únicamente aquellos servicios de atención médica que estén expresamente enumerados y descritos en las secciones de beneficios del Contrato. Los beneficios y servicios específicamente cubiertos están sujetos a limitaciones, exclusiones, autorizaciones previas y otras disposiciones de este Contrato. La sección de exclusiones enumera los servicios que no son beneficios cubiertos por el Plan. Todos los demás beneficios y servicios que no se enumeran como cubiertos en esta sección estarán excluidos, excepto los servicios clínicos de salud preventiva.

Nosotros decidimos si un servicio o suministro de atención médica es un beneficio específicamente cubierto. Que un proveedor recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro de atención médica no garantiza que sea un beneficio cubierto, incluso si no aparece como una exclusión.

Necesidad médica

Los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios, excepto los servicios de atención preventiva clínica. Necesidad médica o médicamente necesario significa servicios de atención médica determinados por un proveedor, en consulta con nosotros, como apropiados o necesarios, de acuerdo con principios y prácticas generalmente aceptados de buena atención médica, o según las guías clínicas desarrolladas por el gobierno federal, sociedades médicas nacionales o profesionales, juntas y asociaciones, u otros protocolos clínicos aplicables o guías de práctica que nosotros desarrollemos conforme a esas normas federales, nacionales y profesionales, para el diagnóstico o tratamiento directo de una condición física, conductual o mental, enfermedad, lesión o dolencia.

No se cubren los medicamentos, tratamientos, procedimientos o dispositivos que sean experimentales, en investigación o no comprobados.

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

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

Beneficios cubiertos específicos:

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

Atención de urgencia

La atención de urgencia consiste en procedimientos médicos o quirúrgicos, tratamientos o servicios de atención médica que sean médicamente necesarios y que se reciben en un centro de atención de urgencia o en el consultorio de un proveedor debido a una afección repentina

causada por una enfermedad o lesión. Las afecciones urgentes requieren atención médica inmediata para evitar un deterioro grave de la salud, pero no necesariamente ponen en peligro la vida.

Comuníquese con su médico de atención primaria para programar una cita antes de recibir atención de otro proveedor. Por lo general, se requiere autorización previa para recibir atención de seguimiento de un proveedor no participante. Si cree que su afección pone en peligro su vida, debe buscar servicios de atención de emergencia.

Servicios de atención de emergencia

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

- Cualquier examen o evaluación médica requerida por ley estatal o federal en un centro de emergencias hospitalario que sea necesaria para determinar si existe una afección médica de emergencia;
- Servicios de atención de emergencia necesarios, incluido el tratamiento y la estabilización de una afección médica de emergencia; y
- Servicios prestados en un centro de emergencias hospitalario, centro de atención médica de emergencia independiente o centro de emergencia comparable después del tratamiento o estabilización de una afección médica de emergencia, según lo autorizamos.

La cobertura de los servicios de trauma y de 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 de conformidad con la ley federal.

Le reembolsaremos cuando usted, actuando de buena fe, obtenga servicios de atención de emergencia para una afección que razonablemente parezca aguda y requiera atención médica inmediata, incluso si luego se determina que no era una emergencia.

No se requiere autorización previa para los servicios de atención de emergencia. Si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital, usted o su proveedor deben notificarnos lo antes posible para que podamos revisar su estancia hospitalaria. Aprobaremos o denegaremos la cobertura de la atención posterior a la estabilización según lo solicite su proveedor tratante, dentro del plazo correspondiente según los servicios requeridos y su estado, pero no después de una hora desde la solicitud.

No rechazaremos un reclamo por servicios de atención de emergencia si su PCP o nuestro representante lo envían a la sala de emergencias. Si sus servicios de atención de emergencia resultan en una hospitalización directamente desde la sala de emergencias, deberá pagar el monto correspondiente a los costos compartidos de hospitalización en lugar del copago por visita a la sala de emergencias. Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer el monto de los costos compartidos.

Para los servicios de atención de emergencia recibidos de un proveedor no participante y/o fuera de Texas, puede acudir al centro más cercano apropiado que pueda prestarle los servicios de atención de emergencia. La atención de seguimiento que no sea de emergencia y que reciba fuera de Texas por conveniencia o preferencia no está cubierta como beneficio.

La atención de seguimiento con un proveedor no participante requiere autorización previa. Usted es responsable de los cargos que no autorizamos.

Ya sea que necesite hospitalización o no, debe notificar a su PCP o médico dentro de las 48 horas o tan pronto como sea razonablemente posible sobre 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 proporcionados por un hospital y un proveedor dentro de las instalaciones del hospital. Estos servicios pueden incluir el uso de una cama y el monitoreo por parte del personal de enfermería del hospital, que sean razonables y necesarios para evaluar su condición, determinar si necesita una posible hospitalización o cuando se espera una mejora rápida de su estado.

Cuando un hospital lo coloca bajo observación ambulatoria, lo hace con base en la orden escrita del proveedor. Para pasar de la observación a una admisión hospitalaria, se deben cumplir nuestros criterios de nivel de atención. La duración de la estancia en el hospital no es el único factor que determina si se trata de una observación o una hospitalización. También se tendrán en cuenta los criterios médicos.

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

Lesión cerebral adquirida

El Plan cubre el tratamiento de una lesión cerebral adquirida en igualdad de condiciones que el tratamiento de cualquier otra afección física. Se cubren 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 retroalimentación neurológica y de remediación, los servicios de transición y reintegración posaguda, u otros servicios de tratamiento, si dichos servicios son médicamente necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con esta.

Servicios de ambulancia

El Plan cubre los siguientes tipos de servicios de ambulancia: Servicios de ambulancia de emergencia, servicios de ambulancia de alto riesgo y servicios de traslado entre instalaciones.

Servicios de ambulancia de emergencia

Los servicios de ambulancia de emergencia son servicios terrestres o aéreos prestados por razones que llevarían a una persona razonable y prudente que actúe de buena fe a creer que el transporte en otro vehículo pondría en peligro su salud. Los servicios de ambulancia de emergencia están cubiertos solo en los siguientes casos:

- Dentro de Texas, al centro más cercano dentro de la red donde se puedan brindar servicios y tratamiento de emergencia, o a un centro fuera de la red si uno dentro de la red no es razonablemente accesible. Dichos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.
- Fuera de Texas, al centro apropiado más cercano donde se puedan brindar servicios y tratamiento de emergencia. Dichos servicios deben ser proporcionados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.
- No pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que pagaríamos por los servicios de ambulancia terrestre en la misma distancia, a menos que su condición haga que el uso de transporte terrestre sea médicamente inapropiado.
- Para determinar si usted actuó de buena fe como una persona razonable y prudente al solicitar servicios de ambulancia de emergencia, consideraremos los siguientes factores:
 - Si usted requería servicios de atención de emergencia, según se define anteriormente.
 - Sus síntomas.
 - Si una persona razonable y prudente con conocimientos promedio de salud y medicina habría considerado que el transporte en otro vehículo habría puesto en riesgo su salud.
 - Si su médico/proveedor o nuestro personal le recomendó solicitar un servicio de ambulancia. Cualquier recomendación de este tipo resultará en el reembolso de todos los servicios médicamente necesarios prestados, salvo que este Contrato disponga lo contrario.
 - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de trauma/quemaduras de Nivel I o II u otro centro debidamente designado, conforme a 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 funeraria no están cubiertos, salvo que la ambulancia haya sido despachada antes del pronunciamiento oficial de la muerte por una persona autorizada según la ley estatal para hacer dicha declaración.

Servicios de ambulancia de alto riesgo

Se definen como servicios de ambulancia de alto riesgo aquellos servicios de ambulancia no urgentes prescritos por su médico/proveedor que sean médicamente necesarios para trasladar a un paciente de alto riesgo.

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

- Servicios de ambulancia aérea cuando sean médicamente necesarios. Sin embargo, no pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que pagaríamos por el transporte terrestre en la misma distancia, a menos que su condición haga médicamente inapropiado el uso de transporte terrestre.
- Servicios de ambulancia neonatal, incluidos los servicios de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciaria más cercano, cuando sea necesario para proteger la vida del recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de trauma/quemaduras de Nivel I o II u otro centro debidamente designado, conforme a los protocolos establecidos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia.

Servicios de ambulancia de traslado entre instalaciones

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

- Médicamente necesarios
- Prescritos por su médico/proveedor
- Prestados por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.

Trastorno del espectro autista

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

La cobertura incluye exámenes de rutina para bebés y niños sanos para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista, así como el tratamiento mediante terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia. Los proveedores de estos servicios deben estar certificados, registrados o autorizados para brindar dichos servicios. Además, los proveedores deben estar reconocidos y aceptados por una agencia apropiada 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 prescrito por el médico de atención primaria del afiliado. Los servicios generalmente reconocidos pueden incluir

- Servicios de evaluación y diagnóstico;
- Análisis conductual aplicado;
- Entrenamiento conductual y manejo de conducta;
- Terapia del habla;
- Terapia ocupacional;
- Fisioterapia; o
- Medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista.

Algunos servicios pueden requerir autorización previa del Plan.

Ensayos clínicos

El Plan brinda cobertura para la atención médica de rutina que sea médicamente necesaria, recibida en un centro ubicado en Texas, como resultado de la participación del Miembro en un ensayo clínico, si se cumplen las siguientes condiciones:

- El ensayo clínico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA),
- El ensayo clínico ha sido aprobado por una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tenga un acuerdo con la Oficina de Protección de la Investigación Humana del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Ensayos financiados con fondos federales: El estudio o la investigación están aprobados o financiados (lo que puede incluir aportes en especie) por uno o más de los siguientes organismos:

- (i) Los Institutos Nacionales de Salud.
- (ii) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- (iii) La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud.
- (iv) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
- (v) Una cooperativa, grupo o centro perteneciente a cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv), o al Departamento de Defensa o al Departamento de Asuntos de los Veteranos.
- (vi) Una entidad de investigación no gubernamental calificada, identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros.
- (vii) Cualquiera de los siguientes, si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo siguiente:
 - (I) El Departamento de Asuntos de Veteranos.
 - (II) El Departamento de Defensa.
 - (III) El Departamento de Energía.
- Condiciones para los departamentos. Las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o investigación llevado a cabo por un departamento, son que dicho estudio o investigación haya sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el Secretario determine:
 - que sea comparable al sistema de revisión por pares utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y
 - que garantice una evaluación imparcial conforme a los más altos estándares científicos, realizada por personas calificadas que no tengan ningún interés en el resultado de la revisión.

A los efectos de este beneficio y servicio cubierto en particular, los siguientes términos tienen el siguiente significado:

- Costo de atención médica de rutina al paciente significa
 - (1) Un servicio o tratamiento médico que constituye un beneficio conforme al Plan y que estaría cubierto para un Miembro que recibiera tratamiento contra el cáncer o una enfermedad potencialmente mortal;
 - (2) Un medicamento suministrado a un paciente durante un ensayo clínico, si ha sido aprobado por la FDA, independientemente de si esta ha aprobado su uso para tratar la condición específica del paciente, pero únicamente en la medida en que dicho medicamento no sea pagado por el fabricante, distribuidor o proveedor;
 - (3) Costos de tipos de servicios que normalmente están cubiertos para los Miembros que han recibido tratamiento contra el cáncer o una enfermedad potencialmente mortal
- El costo de atención médica de rutina al paciente no incluye
 - (1) El costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación;
 - (2) El costo de un servicio que no es de atención médica y que el paciente debe recibir como resultado de participar en el ensayo clínico;
 - (3) Costos asociados con la gestión de la investigación relacionada con el ensayo clínico;
 - (4) Costos que no estarían cubiertos por el paciente si se proporcionaran tratamientos que no son de investigación; o
 - (5) Costos que son pagados o no cobrados por los proveedores del ensayo clínico.

Cuidados paliativos certificados

Este Plan cubre los servicios del Programa de Cuidados Paliativos. Para estar cubiertos, estos servicios deben brindarse a causa de una enfermedad terminal. Estos servicios están limitados conforme se indica en su *Programa de Beneficios*. Los servicios deben proporcionarse bajo un Programa de Cuidados Paliativos y ser brindados por un proveedor con licencia y calificación. Los servicios del Programa de Cuidados Paliativos incluyen atención hospitalaria 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 por alguien que normalmente vive en su hogar o en el de su dependiente;
- Servicios o suministros que no estén incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos;
- Procedimientos curativos o para prolongar la vida;
- Servicios por los cuales se paguen otros beneficios conforme al Plan;
- Servicios o suministros destinados principalmente a ayudar con las actividades de la vida diaria;
- Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias de venta libre, suministros médicos, vitaminas o minerales;
- Servicios de terapia física, del habla y respiratoria brindados por terapeutas autorizados; o
- Cuidado de relevo.

Servicios de atención preventiva

El Plan cubre la atención primaria y los servicios especializados para la atención preventiva y los exámenes de salud periódicos. Aunque la atención preventiva está cubierta sin costo, puede aplicarse un copago por la consulta si se brindan otros servicios cubiertos durante la visita. El Plan también cubre todos los beneficios de salud esenciales, incluidos los enumerados en este Contrato. No hay costos compartidos para los servicios de atención preventiva incluidos entre los beneficios de salud esenciales. La cobertura incluye todas las recomendaciones A y B del USPSTF, las recomendaciones de HRSA para mujeres, y las de HRSA y ACIP para bebés, niños y adolescentes.

Servicios preventivos para miembros adultos:

- Detección de aneurisma aórtico abdominal para miembros masculinos de edades específicas (detección única);
- Detección del consumo nocivo de alcohol y asesoramiento;
- Uso de aspirina para miembros de ciertas edades;
- Detección de presión arterial alta;
- Examen de colesterol para miembros de ciertas edades o con mayor riesgo;
- Detección de cáncer colorrectal para miembros a partir de los cuarenta y cinco (45) años, incluidas colonoscopias y una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales;
- Detección de depresión;
- Detección de cáncer de pulmón;
- Detección de diabetes tipo 2 para miembros con presión arterial alta;
- Asesoramiento nutricional para miembros con mayor riesgo de enfermedades crónicas;
- Detección del VIH para todos los miembros con mayor riesgo;
- Detección de infección por el virus de la hepatitis C;

- Vacunas de inmunización: las dosis, edades recomendadas y poblaciones destinatarias pueden variar;
- Detección de obesidad y asesoramiento;
- Asesoramiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) en miembros con mayor riesgo;
- Detección del consumo de tabaco en todos los miembros e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco, incluido el asesoramiento ampliado para mujeres embarazadas;
- Detección de sífilis en todos los adultos con mayor riesgo;
- Prevención de caídas en adultos mayores, incluidos ejercicios, fisioterapia y suplementos de vitamina D;
- Cáncer de piel;
- Asesoramiento conductual;
- Detección de hepatitis B;
- Detección de tuberculosis;
- Medicamentos preventivos con estatinas: adultos de cuarenta a setenta y cinco (40–75) años sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares (ECV), con uno o más factores de riesgo de ECV y un riesgo estimado de eventos cardiovasculares a diez (10) años del 10 % o más.

Los servicios preventivos adicionales incluyen, entre otros:

- Exámenes físicos anuales, uno por año calendario;
- Materiales educativos o consultas con proveedores para fomentar una vida saludable;
- Pruebas oculares periódicas de detección de glaucoma para todos los miembros de treinta y cinco (35) años o más;
- Pruebas periódicas de detección en laboratorio, incluidas aquellas que determinan el nivel metabólico, la hemoglobina en sangre, la glucosa en sangre y el colesterol en sangre; y
- Pruebas periódicas de detección por imágenes radiológicas;
- Medicamentos de venta libre y medicamentos recetados por un profesional/proveedor, excepto los enumerados en el *Formulario*;
- Pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y para detectar estructuras y funciones arteriales anormales en miembros que son diabéticos o tienen riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y que sean:
 - Hombres entre cuarenta y cinco (45) y setenta y seis (76) años; y
 - Mujeres entre cincuenta y cinco (55) y setenta y seis (76) años.

Servicios preventivos específicos para mujeres:

- Detección rutinaria de anemia;
- Detección de bacteriuria, infecciones del tracto urinario u otras infecciones;
- Apoyo integral para la lactancia materna, incluidos suministros y asesoramiento;
- Suplementos de ácido fólico para miembros que puedan quedar embarazadas;
- Prevención de la preeclampsia;
- Detección de hepatitis B para miembros embarazadas durante su primera visita prenatal;
- Detección de osteoporosis;
- Detección de incompatibilidad Rh y pruebas de seguimiento para miembros con mayor riesgo;
- Asesoramiento e intervención para la depresión perinatal;

- Detección de sífilis en miembros embarazadas;
- Examen diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer de ovario y de cuello uterino, que incluye pruebas de Papanicolaou convencionales o citología en base líquida, solas o combinadas con una prueba aprobada por la FDA, y cualquier otra prueba aprobada por la FDA para la detección del cáncer de ovario, para cada mujer de dieciocho (18) años o más.
- Detección del cáncer de cuello uterino cada tres (3) años mediante citología cervical sola en mujeres de veintiuno a veintinueve (21 a 29) años, y para mujeres de treinta a sesenta y cinco (30 a 65) años, cada tres (3) años con citología sola, cada cinco (5) años con prueba del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPHar) sola, o cada cinco (5) años con prueba de VPHar combinada con citología (prueba conjunta);
- Asesoramiento genético sobre cáncer de mama y ovario basado en antecedentes familiares, y cualquier otra prueba de detección aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el cáncer de ovario;
- Evaluación del riesgo de BRCA y asesoramiento/pruebas genéticas;
- Medicina preventiva y detección del cáncer de mama, mamografía y otras imágenes diagnósticas mamarias;
- Detección de clamidia;
- Detección de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de las veinticuatro (24) semanas de gestación;
- Detección de gonorrea en mujeres sexualmente activas de veinticuatro (24) años o menos, así como en mujeres mayores con mayor riesgo; y
- Detección de violencia de pareja íntima en mujeres en edad reproductiva o superior.

Servicios preventivos para niños:

- Atención médica para bebés y niños sanos desde el nacimiento, conforme a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría;
- Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas en adolescentes;
- Detección de autismo en niños a los dieciocho (18) y veinticuatro (24) meses;
- Evaluaciones del comportamiento en niños de todas las edades;
- Detección de presión arterial alta;
- Detección de displasia cervical en mujeres sexualmente activas;
- Detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos;
- Detección de depresión en adolescentes;
- Evaluación del desarrollo en niños menores de tres (3) años y seguimiento durante toda la infancia;
- Detección de dislipidemia en niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos;
- Suplementos de quimioprevención con flúor para niños que no reciben flúor en su fuente de agua;
- Medicamento preventivo contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos y hasta los diecisiete (17) años de edad;
- Mediciones de estatura, peso e índice de masa corporal en niños;
- Detección de hematocrito o hemoglobina en niños;
- Detección de hemoglobinopatías o anemia de células falciformes en recién nacidos;
- Detección de hepatitis B;
- Detección del VIH en adolescentes con mayor riesgo;
- Detección de hipotiroidismo en recién nacidos;

- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los dieciocho (18) años; las dosis, edades recomendadas y poblaciones destinatarias pueden variar;
- Suplementos de hierro para niños de seis a doce (6 a 12) meses con riesgo de anemia;
- Detección de plomo en niños con riesgo de exposición;
- Historial médico de todos los niños durante su desarrollo;
- Detección de obesidad y asesoramiento;
- Evaluación del riesgo de salud bucal en niños pequeños (desde recién nacidos hasta los diez (10) años);
- Detección de fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) en recién nacidos para este trastorno genético;
- Asesoramiento y detección para la prevención de infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infection, ITS) en adolescentes con mayor riesgo;
- Intervenciones sobre el consumo de tabaco;
- Pruebas de tuberculina en niños con mayor riesgo de tuberculosis;
- Examen de la vista para todos los niños;
- Administración y costo de las pruebas de detección en recién nacidos,
- Materiales educativos o consultas con proveedores para fomentar un estilo de vida saludable; y
- Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo, según lo especificado en un plan individualizado de servicios familiares de Intervención Temprana.

Terapias complementarias

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están disponibles para afecciones médicas específicas y no se cubren como terapia de mantenimiento, como los ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- El profesional/proveedor determina de antemano que se espera que el tratamiento quiropráctico genere una mejora significativa en su condición dentro de un período de dos (2) meses;
- El tratamiento quiropráctico se limita específicamente a la manipulación manual, es decir, al uso de las manos y otros métodos de tratamiento aprobados por nosotros, incluidos, entre otros, la terapia de ultrasonido;
- La subluxación debe documentarse mediante un examen quiropráctico y registrarse en el expediente correspondiente. No se requiere demostración radiológica (rayos X) de la subluxación para autorizar el tratamiento quiropráctico.

Los servicios quiroprácticos tienen un límite máximo de treinta y cinco (35) visitas por año calendario.

La biorretroalimentación solo está cubierta para tratar la enfermedad o fenómeno de Raynaud, la incontinencia urinaria o fecal y las lesiones cerebrales adquiridas. La biorretroalimentación está sujeta a un beneficio máximo por año calendario. Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer este límite.

Servicios dentales (limitados)

Consulte su *Programa de Beneficios* para conocer los montos de costos compartidos.

Los servicios dentales de rutina pueden estar cubiertos únicamente para niños. Los servicios cubiertos por este contrato se limitan a:

- Servicios para diagnosticar o prevenir caries y otras enfermedades bucales.
 - Exámenes bucales (una vez cada seis meses)
 - Radiografías Bitewing (una vez cada seis meses)
 - Radiografías panorámicas (una vez cada seis meses)
 - Aplicación tópica de flúor
 - Selladores dentales
 - Mantenedores de espacio
- Servicios para tratar enfermedades bucales, incluidos los siguientes:
 - Restaurar dientes cariados o fracturados
 - Reparar dentaduras postizas o puentes
 - Rebasar o revestir dentaduras postizas
 - Reparar o volver a cementar puentes, coronas e incrustaciones
 - Extraer dientes naturales enfermos o dañados
- Servicios y suministros para tratar enfermedades bucales, incluidos los siguientes:
 - Reemplazar dientes naturales perdidos con dientes artificiales
 - Extraer dientes naturales enfermos o dañados
 - Restaurar dientes gravemente cariados o fracturados
- Ortodoncia médicamente necesaria

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

Beneficio dental opcional para adultos (solo para el plan Consumer Choice)
Este beneficio dental opcional está disponible con los planes Consumer Choice
Bronze Plus, Bronze Essential Plus, Silver Plus, Silver Essential Plus, Gold Plus y
Gold Essential Plus de CHRISTUS.

Deducibles y máximos		
	Beneficios para adultos (mayores de 19 años)	Beneficios pediátricos (menores de 19 años)
	Proveedor dentro de la red	
Deducible anual		
Miembro	\$0	
Familia (tres o más miembros)		
Máximo anual		
Miembro	\$1000	
Gasto máximo de bolsillo*		
Miembro pediátrico	El gasto dental máximo anual se acumula al gasto médico máximo de bolsillo. Consulte el <i>Programa de Beneficios</i> de CHRISTUS para conocer los montos máximos de desembolso.	
Varios miembros pediátricos		

	Beneficios para adultos (mayores de 19 años)	Beneficios pediátricos (menores de 19 años)
Categoría de servicio dental	Proveedor dentro de la red¹	
Servicios de diagnóstico y prevención	100 %	100 %
Servicios básicos	80 %	80 %
Servicios principales	50 %	50 %
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requieren autorización previa)	No es un beneficio cubierto	50 %
Períodos de espera	Para los beneficios dentales opcionales para adultos, algunos servicios pueden estar sujetos a un período de espera de 12 meses, si corresponde. Consulte la cláusula adicional dental para adultos para obtener más detalles. ²	Ninguno

Beneficio dental pediátrico opcional del Plan AIAN (solo Plan de Elección del Consumidor), ofrecido con el Plan Pediátrico y Familiar AIAN de Texas de CHRISTUS

Deducibles y máximos	
	Proveedor dentro de la red
Deducible anual Miembro pediátrico	\$0
Gasto máximo de bolsillo* Miembro pediátrico Varios miembros pediátricos	El gasto dental máximo anual se acumula al gasto médico máximo de bolsillo. Consulte el Programa de Beneficios de Christus para conocer los montos máximos de desembolso.

Servicios cubiertos y niveles de beneficios	
Categoría de servicio dental	Proveedor dentro de la red
Servicios de diagnóstico y prevención	100 %
Servicios básicos	100 %

Servicios principales	100 %
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requieren autorización previa)	100 %
Períodos de espera	Sin períodos de espera

Beneficio de salud esencial: cobertura dental pediátrica

Deducibles y máximos	
	Proveedor dental
Deducible anual Miembro pediátrico	\$0
Gasto máximo de bolsillo* Miembro pediátrico Varios miembros pediátricos	El gasto dental máximo anual se acumula al gasto médico máximo de bolsillo. Consulte el <i>Programa de Beneficios</i> de CHRISTUS para conocer los montos máximos de desembolso.

Niveles de beneficios del contrato y coseguros para el miembro	
Categoría de servicio dental	PROVEEDORES DELTA¹
Servicios de diagnóstico y prevención	100 %
Servicios básicos	80 %
Servicios principales	50 %
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requiere autorización previa)	50 %

* El gasto máximo de bolsillo aplica únicamente a los beneficios de salud esenciales para miembros pediátricos. Una vez que el monto pagado por el(los) miembro(s) pediátrico(s) alcance el máximo de bolsillo, no se requerirá ningún pago adicional por el resto del año calendario. Si un Miembro cambia entre tipos de proveedores durante un año calendario, debe cumplir con el máximo de gastos de bolsillo para los proveedores **dentales** antes de que el coseguro y los deducibles del Miembro dejen de aplicarse a los servicios cubiertos por dichos proveedores **dentales**. Del mismo modo, un Miembro debe cumplir con el máximo de gastos de bolsillo para los Proveedores dentro de la red antes de que el coseguro y los deducibles del Miembro dejen de aplicarse a los servicios cubiertos de estos proveedores.

Si hay dos o más miembros pediátricos cubiertos, la obligación financiera por los servicios recibidos no excederá el máximo de gasto de bolsillo correspondiente a múltiples miembros pediátricos para el proveedor utilizado. Sin embargo, una vez que un miembro pediátrico haya alcanzado su máximo de gasto de bolsillo, se considerará satisfecho para ese proveedor. Los demás miembros pediátricos cubiertos deberán continuar pagando el coseguro hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo acumulado para múltiples miembros, según el proveedor.

¹ El pago se basa en las tarifas contratadas negociadas con los proveedores dentales participantes. Nota: Los servicios dentales pediátricos cubiertos están disponibles a través de proveedores dentales contratados. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red, a menos que se autorice lo contrario. Sin embargo, el monto cobrado a los Miembros por los servicios cubiertos prestados por un proveedor dentro de la red puede ser superior al aceptado por los proveedores **dentales**, y no se permite la facturación del saldo por los servicios cubiertos recibidos de proveedores dentro de la red.

² Los períodos de espera se calculan para cada Miembro adulto a partir de la fecha de vigencia de la cobertura informada por el Intercambio para dicho Miembro adulto. La cobertura previa para Miembros adultos bajo cualquier plan de Delta Dental Exchange que incluyera un período de espera para adultos se acreditará para el período de espera para adultos bajo este plan dental. Para que dicha cobertura previa sea acreditada, debe haber estado vigente inmediatamente antes de la elección de este plan.

Anexo B

Servicios, limitaciones y exclusiones

Descripción de los servicios dentales para beneficios para adultos (mayores de 19 años)
La atención dental para adultos solo se brinda a los siguientes grupos del plan:

1. *CHRISTUS Bronze Essential + Dental & Vision (2 visitas gratuitas al PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
2. *CHRISTUS Bronze + Dental & Vision (2 visitas gratuitas al PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
3. *CHRISTUS Silver Essential 70 + Dental & Vision (\$5 PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
4. *CHRISTUS Silver Essential 73 + Dental & Vision (\$5 PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
5. *CHRISTUS Silver Essential 87 + Dental & Vision (\$0 deducible, \$5 PCP, \$0 genérico Rx, \$0 atención de urgencia virtual) CHRISTUS Silver Essential 94 + Dental & Vision (\$0 deducible, \$0 PCP, \$0 genérico Rx, \$0 atención de urgencia virtual)*
6. *CHRISTUS Silver 70 + Dental & Vision (\$5 PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
7. *CHRISTUS Silver 73 + Dental & Vision (\$5 PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
8. *CHRISTUS Silver 87 + Dental & Vision (\$0 PCP, \$0 receta genérica preferida, \$0 atención de urgencia virtual)*
9. *CHRISTUS Silver 94 + Dental & Vision (\$0 deducible, \$0 PCP, \$0 genérico Rx, \$0 atención de urgencia virtual)*
10. *CHRISTUS Gold Essential + Dental & Vision (\$0 deducible de receta, \$5 PCP, \$0 atención de urgencia virtual)*
11. *CHRISTUS Gold + Dental & Vision + Fitness (\$0 deducible, \$5 PCP, \$0 genérico Rx, \$0 atención de urgencia virtual)*

Pagaremos o cubriremos el nivel de beneficios de la póliza que se indica en el Anexo A para los siguientes servicios:

- **Servicios de diagnóstico y prevención**

- (1) Diagnóstico: Procedimientos que ayudan al proveedor a determinar el tratamiento dental necesario.
- (2) Preventivo: Limpiezas, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa – boca completa (el mantenimiento periodontal se considera un servicio básico a efectos de pago).
- (3) Consultas con especialistas: Opinión o asesoramiento solicitado por un dentista general.

- **Servicios básicos**

- (1) Anestesia general o sedación intravenosa: Cuando la administra un proveedor para una cirugía oral cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos o periodontales seleccionados.
- (2) Limpiezas periodontales: Mantenimiento periodontal.
- (3) Paliativo: Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (4) Restaurativo: Restauraciones con amalgama y resina compuesta (empastes) y restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dental dura causada por caries).

- **Servicios principales**

- (1) Coronas e incrustaciones: Tratamiento de lesiones cariosas (caries visibles en la estructura dental dura) cuando los dientes no pueden restaurarse con amalgama o resina compuesta.
- (2) Prostodoncia: Procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y la reparación de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgica de implantes; y para prótesis soportadas por implantes, incluida la reparación y recementación de los mismos.
- (3) Cirugía oral: Extracciones y ciertos procedimientos quirúrgicos adicionales (incluida la atención preoperatoria y postoperatoria).
- (4) Endodoncia: Tratamiento de enfermedades y lesiones en la pulpa dental.
- (5) Periodoncia: Tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
- (6) Reparación de dentaduras postizas: Reparación de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos procedimientos de rebase y revestimiento.

- **Nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo**

Cuando una Miembro esté embarazada, cubriremos servicios adicionales para ayudar a mejorar su salud bucal durante el embarazo. Los servicios adicionales que se cubren cada año calendario mientras la Miembro esté cubierta por el Contrato incluyen un (1) examen oral adicional y una (1) de las siguientes opciones: una limpieza de rutina adicional; un (1) raspado y alisado radicular periodontal adicional por cuadrante; o un (1) procedimiento de mantenimiento periodontal adicional. La Miembro o su proveedor deberán presentar una confirmación por escrito del embarazo al momento de enviar la reclamación.

- **Servicios de teleodontología**

Los servicios de teleodontología son servicios dentales prestados por un dentista que actúa dentro del alcance de su licencia, o por un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión del dentista y dentro del alcance de la licencia o certificación del profesional. Los servicios de teleodontología utilizan telecomunicaciones y tecnología de la información para prestar servicios a un Miembro ubicado en una localización física distinta de donde se encuentra el dentista o profesional de la salud.

Limitaciones para los beneficios de adultos (a partir de los 19 años)

- (1) Los servicios que resultan más costosos que el tratamiento que se brinda habitualmente según los estándares aceptados de la práctica odontológica se denominan “Servicios Opcionales”. Los Servicios Opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

Ejemplos de Servicios Opcionales:

- a) Una restauración compuesta en lugar de una restauración de amalgama en dientes posteriores;
- b) Una corona donde un empaste sería suficiente para restaurar el diente;
- c) Una incrustación (inlay/onlay) en lugar de una restauración de amalgama; o
- d) Coronas de porcelana, resina u otros materiales similares colocadas en un segundo o tercer molar superior, o en cualquier molar inferior (se reconocerá una corona de porcelana fundida sobre metal noble alto).

Si un Miembro recibe Servicios Opcionales, se aplicará un beneficio alternativo, lo que significa que los beneficios se calcularán sobre la base del costo menor del servicio habitual o del procedimiento estándar, en lugar del costo superior del Servicio Opcional. El Miembro será responsable de pagar la diferencia entre el costo del Servicio Opcional y el costo del servicio habitual o procedimiento estándar.

- (2) Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos componentes que se realizan al mismo tiempo, estos se considerarán parte del procedimiento principal para efectos de determinar el beneficio pagadero conforme a este Contrato. Si el proveedor factura por separado el procedimiento principal y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados estará limitado al monto máximo correspondiente al procedimiento principal.
- (3) Cubriremos exámenes orales (excepto exámenes fuera del horario habitual y exámenes de observación) hasta un máximo de dos veces por año calendario.

- (4) Cubriremos limpiezas, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa (incluido el mantenimiento periodontal o cualquier combinación de estos), hasta dos veces por año calendario. Se permite un desbridamiento bucal completo una vez en la vida, únicamente si el Miembro no tiene antecedentes de profilaxis, raspado y alisado radicular, cirugía periodontal ni procedimientos de mantenimiento periodontal dentro de los tres años anteriores. Este procedimiento contará dentro de la frecuencia permitida de limpiezas del año correspondiente. El mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como un beneficio básico. Las limpiezas de rutina, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, están cubiertas como un beneficio diagnóstico y preventivo. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.
- (5) Se permite una evaluación del riesgo de caries una vez cada doce (12) meses.
- (6) El desbridamiento bucal completo no está permitido cuando lo realiza el mismo dentista o consultorio dental el mismo día que los procedimientos de evaluación.
- (7) La aplicación de medicamentos para detener el avance de caries está limitada a dos veces por diente por año calendario.
- (8) Limitaciones de los rayos X:
 - a) Limitaremos el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa cuando las tarifas por cualquier combinación de radiografías intraorales en una misma serie de tratamiento igualen o superen dicha tarifa.
 - b) Cuando se envíe una radiografía panorámica junto con radiografías complementarias, limitaremos el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa.
 - c) Si se realiza una radiografía panorámica junto con una serie intraoral completa, consideramos que la radiografía panorámica está incluida en dicha serie completa.
 - d) La serie intraoral completa y la radiografía panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses.
 - e) Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a una (1) vez por año calendario. Las aletas de mordida de cualquier tipo no se pueden facturar al Miembro ni a nosotros dentro de los 12 meses posteriores a una serie de boca completa, salvo que existan circunstancias especiales que lo justifiquen.
 - f) Los procedimientos de captura de imágenes no se consideran servicios reembolsables por separado.
- (9) Las pruebas de vitalidad pulpar se permiten una vez por día cuando no se realiza un tratamiento definitivo.
- (10) Las consultas con especialistas están limitadas a una vez por vida por proveedor y cuentan para la frecuencia de los exámenes bucales. Las evaluaciones o revisiones de pacientes, cuando están cubiertas e informadas por separado, están limitadas a una sola vez en un período de 12 meses y se consideran incluidas si se realizan junto con cualquier otro examen en la misma fecha y consultorio del proveedor.

- (11) No se cubrirá el reemplazo de restauraciones de amalgama, compuestos a base de resina (empastes) ni restauraciones prefabricadas dentro de los 24 meses posteriores al tratamiento, si lo realiza el mismo proveedor o consultorio. Las restauraciones de reemplazo, incluida la re inserción de fragmentos dentales, dentro de los 24 meses, están incluidas en la tarifa de la restauración original.
- (12) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente en toda la vida cuando no se realiza tratamiento definitivo en la misma fecha del servicio.
- (13) La pulpotomía terapéutica está limitada a una vez por vida, únicamente en dientes temporales (de leche), y se considera tratamiento paliativo en dientes permanentes.
- (14) El desbridamiento pulpar y la pulpotomía parcial para apexogénesis están limitados a una vez en la vida.
- (15) La terapia pulpar (relleno reabsorbible) está limitada a una vez en la vida. El retratamiento de una terapia de conducto realizada por el mismo proveedor/consultorio dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (16) La hemisección (incluida cualquier extracción de raíz), sin incluir la terapia de conducto, amputación radicular por raíz, reparación interna de perforaciones y terapia endodóntica incompleta en dientes inoperables, no restaurables o fracturados, se limita a una vez en la vida.
- (17) El retratamiento de cirugía apical por el mismo proveedor/consultorio dentro de los 24 meses también se considera parte del procedimiento original.
- (18) La retención con pines está cubierta una sola vez en un período de 24 meses.
- (19) El tratamiento paliativo se cubre por visita, no por diente, y la tarifa incluye todos los tratamientos brindados, excepto radiografías necesarias o procedimientos de diagnóstico seleccionados.
- (20) Limitaciones periodontales:
 - a) Los beneficios para el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses. En ausencia de documentación de respaldo, no se cubrirán más de dos cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.
 - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada treinta y seis (36) meses e incluye cualquier reintervención quirúrgica o raspado y alisado radicular realizado dentro de los 36 meses por el mismo dentista o consultorio dental.
 - c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos óseos, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injerto y los materiales biológicos para apoyar la regeneración de tejidos blandos y óseos, solo están cubiertos para dientes naturales y no se cubren si se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de reborde o implantes.
 - d) La regeneración tisular guiada y/o los injertos óseos no se cubren si se realizan junto con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
 - e) La cirugía periodontal está sujeta a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante.

- f) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular si los realiza el mismo consultorio dental.
 - g) Cuando los procedimientos de implantes están cubiertos, el raspado y el desbridamiento ante inflamación o mucositis en un solo implante — incluida la limpieza de su superficie, sin apertura ni cierre de colgajo — están cubiertos como Beneficio Básico y se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses.
- (21) Los servicios de cirugía oral están cubiertos una vez en la vida, excepto la extirpación de quistes o tumores odontogénicos benignos, la escisión de lesiones benignas y los procedimientos de incisión y drenaje, que están cubiertos una vez por día.
 - (22) La anestesia general y la sedación intravenosa moderada (consciente) son beneficios cubiertos únicamente cuando los proporciona un dentista junto con procedimientos de cirugía oral cubiertos o ciertos procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
 - (23) Las coronas y las incrustaciones/onlays están cubiertas no más de una vez en un período de sesenta (60) meses, excepto cuando determinemos que la corona o la incrustación/onlay existente no es satisfactoria y no puede corregirse adecuadamente debido a pérdida extensa o cambios en la estructura dental o los tejidos de soporte del diente implicado.
 - (24) La reconstrucción del núcleo (core buildup), incluidos los pines, está cubierta no más de una vez en un período de sesenta (60) meses.
 - (25) Los servicios de poste y núcleo (post and core) están cubiertos no más de una vez en un período de sesenta (60) meses.
 - (26) Las reparaciones de coronas e incrustaciones/onlays están cubiertas no más de una vez en un período de sesenta (60) meses. Las coronas, incrustaciones/onlays y puentes fijos incluyen reparaciones durante los veinticuatro (24) meses posteriores a su colocación.
 - (27) Cuando se permite una corona, incrustación/onlay o prótesis fija dentro de los seis (6) meses de una restauración, el beneficio correspondiente se reducirá por el valor del beneficio pagado previamente por la restauración.
 - (28) Las reparaciones de dentaduras postizas están cubiertas no más de una vez en un período de seis (6) meses, excepto las reparaciones de dentaduras postizas fijas, que están cubiertas no más de una vez en un período de sesenta (60) meses.
 - (29) Los aparatos de prostodoncia, los implantes y/o las prótesis sobre implantes proporcionados en cualquier programa de Delta Dental solo se reemplazarán después de transcurridos sesenta (60) meses, salvo que determinemos que existe una pérdida dental extensa o un cambio en los tejidos de soporte que impida lograr una prótesis satisfactoria con el puente o dentadura existente. El reemplazo de un aparato de prostodoncia y/o una prótesis sobre implantes no proporcionados bajo un programa de Delta Dental se realizará si determinamos que el dispositivo no es satisfactorio y no puede corregirse adecuadamente. Los dispositivos auxiliares para diagnóstico y tratamiento relacionados con implantes se consideran parte del tratamiento definitivo y están incluidos en sus honorarios. Nuestro pago por la extracción de implantes se limita a uno (1) por implante en un período de sesenta (60) meses, ya sea que haya sido proporcionado bajo Delta Dental u otro plan dental. Las dentaduras removibles y fijas soportadas por implantes/pilares recibirán una asignación de beneficios equivalente a la correspondiente

para los aparatos removibles convencionales. El Miembro será responsable de la diferencia entre el costo de una dentadura soportada por implantes/pilares y el de un aparato protésico convencional.

- (30) Los procedimientos de mantenimiento de implantes que impliquen la retirada y re inserción de prótesis, incluida la limpieza de prótesis y pilares, están cubiertos una vez cada treinta y seis (36) meses.
- (31) El desbridamiento de un defecto periimplantario o defectos alrededor de un solo implante (con o sin contorno óseo) y la limpieza de la superficie del implante expuesta, incluida la apertura y el cierre del colgajo, están cubiertos una vez cada treinta y seis (36) meses.
- (32) Cuando se coloca un puente fijo posterior y una prótesis parcial removible en el mismo arco y durante el mismo episodio de tratamiento, solo la prótesis parcial removible será un beneficio cubierto.
- (33) La recementación de coronas, incrustaciones/onlays, postes y núcleos prefabricados o fabricados indirectamente y puentes está incluida en el honorario correspondiente cuando la realiza el mismo proveedor o consultorio dentro de los seis (6) meses posteriores a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación por proveedor o consultorio durante toda la vida.
- (34) La instalación inicial de una prótesis dental y/o implantes no es un beneficio cubierto, a menos que se requieran como resultado de la extracción de dientes naturales y permanentes durante un período en el que el Miembro estuviera cubierto por un plan de Delta Dental.
- (35) El ajuste oclusal limitado está permitido una vez en un período de sesenta (60) meses.
- (36) Limitamos el pago por dentaduras postizas a una dentadura parcial o completa estándar (se aplican los coseguros correspondientes al Miembro). Una dentadura postiza estándar se define como un aparato removible para reemplazar dientes naturales y permanentes faltantes, fabricado con materiales aceptables por medios convencionales e incluye el cuidado posterior rutinario tras su colocación, incluidos ajustes y rebases durante los primeros seis (6) meses.
 - a) El rebase de dentadura postiza está limitado a uno (1) por arco en un período de veinticuatro (24) meses e incluye cualquier rebase o ajuste durante los seis (6) meses posteriores a la colocación.
 - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras parciales removibles y los rebases incluyen ajustes durante los seis (6) meses posteriores a su colocación. Después de los seis (6) meses iniciales tras un ajuste o rebase, los ajustes se limitan a dos (2) por arco por año calendario, y los rebases se limitan a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras parciales removibles inmediatas incluyen ajustes durante los tres (3) meses posteriores a su colocación. Después de los tres (3) meses iniciales tras un ajuste o rebase inmediato, los ajustes se limitan a dos (2) por arco por año calendario, y los rebases se limitan a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses.
 - c) El acondicionamiento de tejidos está limitado a dos (2) por arco en un período de doce (12) meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejidos no se permite como beneficio separado si se realiza el mismo día que un rebase o un revestimiento de dentadura postiza.
 - d) La recementación de dentaduras parciales fijas está limitada a una vez en la vida.

- (37) La frenectomía solo se considera en casos de anquiloglosia (lengua anclada) que interfiera con la alimentación o el habla, siempre que haya sido diagnosticada y documentada por un médico, o en presencia de un frenillo papilar penetrante que impida el cierre de un diastema.

Exclusiones para beneficios para adultos (mayores de 19 años)

No cubrimos beneficios por:

- (1) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por leyes de compensación laboral o responsabilidad del empleador; servicios recibidos sin costo alguno de agencias federales, estatales o locales, a menos que dicha exclusión esté prohibida por ley.
- (2) Cirugía estética o procedimientos realizados con fines puramente cosméticos.
- (3) Prótesis maxilofaciales.
- (4) Restauraciones provisionales y/o temporales.
- (5) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluyendo entre otros: paladar hendido, malformaciones mandibulares (superior o inferior), hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (tipo de decoloración dental) y anodoncia (ausencia congénita de dientes); excepto los servicios prestados a recién nacidos por defectos congénitos diagnosticados médicamente o anomalías al nacer.
- (6) Tratamiento para estabilizar los dientes, restaurar estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión, o para reconstruir o mantener superficies de masticación debido a desalineación dental o problemas de oclusión. Ejemplos incluyen, entre otros: ajustes oclusales, férulas periodontales, ajustes oclusales completos, protectores nocturnos/ oclusales y abfracción.
- (7) Cualquier procedimiento único realizado antes de que el Miembro fuera elegible para los servicios conforme a este plan.
- (8) Medicamentos recetados, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.
- (9) Cargos por anestesia, excepto anestesia general o sedación intravenosa administrada por un proveedor en cirugía oral cubierta o en procedimientos quirúrgicos endodónticos o periodontales seleccionados.
- (10) Injertos extraorales (injerto de tejidos provenientes del exterior de la boca hacia tejidos orales).
- (11) Implantes provisionales.
- (12) Incrustaciones de resina fabricadas indirectamente.
- (13) Cargos por hospitalización o uso de otras instalaciones quirúrgicas o de tratamiento, así como cualquier tarifa adicional que cobre el proveedor por tratamiento en dichas instalaciones.
- (14) Tratamientos brindados por alguien que no sea un proveedor autorizado o una persona legalmente habilitada para trabajar bajo supervisión directa del proveedor.

- (15) Cargos relacionados con: instrucciones de higiene bucal, programas de control de placa, programas preventivos que incluyan cuidados domiciliarios, educación alimentaria, duplicados de radiografías, exámenes de cáncer, asesoramiento sobre el consumo de tabaco o citas no asistidas. Estos no son procedimientos reembolsables de forma independiente.
- (16) Servicios administrativos dentro de la práctica odontológica, como: preparación de reclamaciones, fases no clínicas de la atención (ej. ambiente antiséptico, esterilización de equipos, control de infecciones) o materiales auxiliares rutinarios (hisopos, gasas, baberos, mascarillas) y técnicas de relajación como música.
- (17) Procedimientos con pronóstico dudoso, según evaluación profesional del consultor dental basada en la documentación presentada.
- (18) Cualquier impuesto que imponga (o en el que incurra) un gobierno, estado u otra entidad en relación con las tarifas cobradas por los beneficios proporcionados conforme al Contrato será responsabilidad del Miembro y no constituye un beneficio cubierto.
- (19) Deducibles, montos que superen los máximos del plan y/o cualquier servicio no cubierto por el plan dental.
- (20) Servicios cubiertos que excedan las limitaciones del plan o que no cumplan con las políticas de procesamiento vigentes al momento de evaluar la reclamación.
- (21) La colocación inicial de aparatos protésicos o implantes, salvo que sea necesaria para reemplazar dientes naturales y permanentes extraídos mientras el Miembro estaba cubierto por el Contrato o por cualquier plan dental con Delta Dental. No se incluye la extracción de terceros molares (muelas del juicio). Cualquier prótesis o puente fijo debe incluir el reemplazo de los dientes extraídos.
- (22) Servicios de tratamiento de ortodoncia (maloclusión dental o mandibular), incluyendo servicios asociados como: radiografías cefalométricas, fotografías orofaciales, modelos diagnósticos, acceso quirúrgico a dientes no erupcionados, dispositivos para facilitar erupción dental o reposicionamiento quirúrgico de dientes.
- (23) Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) o estructuras relacionadas: músculos, nervios y tejidos adyacentes.
- (24) Implantes endoóseos endodónticos.
- (25) Servicios o suministros para: selladores, fluoruro, mantenedores de espacio, apexificación y fibrotomía transeptal/supracrestal.
- (26) Citas canceladas y/o perdidas.
- (27) Las acciones administrativas para programar y dar seguimiento a las citas forman parte de la operación general del consultorio y no se pagan por separado.
- (28) Tarifas por coordinación de atención: consideradas parte de la gestión general del paciente y no reembolsables por separado.
- (29) Entrevistas motivacionales, gestión de casos dentales y educación del paciente orientadas a mejorar la alfabetización en salud bucal.
- (30) Procedimientos diagnósticos no ionizantes capaces de cuantificar, monitorear o registrar cambios en el esmalte, la dentina y el cemento.
- (31) Imágenes radiográficas extraorales: proyección 2D o imágenes dentales posteriores.

- (32) Pruebas de detección de diabetes.
- (33) Corticotomía (procedimiento quirúrgico especializado vinculado a ortodoncia).
- (34) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (35) Asesoramiento para controlar o prevenir efectos adversos orales, conductuales o sistémicos derivados del uso de sustancias de alto riesgo.

Descripción de los servicios dentales para beneficios pediátricos (menores de 19 años)

Pagaremos o cubriremos el Nivel de Beneficios de la Póliza que se indica en el Anexo A para los Beneficios Esenciales de Salud, siempre que los servicios sean prestados por un proveedor autorizado, sean necesarios y habituales conforme a los estándares generalmente aceptados en la práctica odontológica, y que se trate de servicios de ortodoncia médicamente necesarios. El tratamiento ortodóntico es un beneficio incluido en este plan dental únicamente cuando es médicamente necesario, es decir cuando exista evidencia de maloclusión severa con discapacidad significativa y cuando se obtenga autorización previa. La maloclusión con discapacidad severa no se considera una afección cosmética. Para calificar, los dientes deben estar gravemente desalineados, causando problemas funcionales que comprometan la salud bucal y/o general. Los beneficios ortodónticos médicamente necesarios se pagarán en cuotas periódicas, siempre que se mantenga la inscripción activa en el plan.

• **Servicios de diagnóstico y prevención**

- (1) Diagnóstico: Procedimientos que ayudan al proveedor a determinar el tratamiento dental necesario.
- (2) Preventivo: Limpiezas, incluyendo raspado en presencia de inflamación gingival moderada o severa generalizada – boca completa. (Para fines de pago, el mantenimiento periodontal se considera un beneficio básico), aplicación tópica de soluciones de fluoruro, mantenedores de espacio.
- (3) Selladores: Materiales acrílicos, plásticos o compuestos aplicados de forma tópica en molares permanentes para sellar surcos y fosas del desarrollo, con el fin de prevenir la caries.
- (4) Consultas con especialistas: Opinión o asesoramiento solicitado por un dentista general.

• **Servicios básicos**

- (1) Anestesia general o sedación intravenosa: Cuando la administra un proveedor para una cirugía oral cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos o periodontales seleccionados.
- (2) Limpiezas periodontales: Mantenimiento periodontal.
- (3) Paliativo: Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (4) Restaurativo: Restauraciones con amalgama y resina compuesta (empastes) y restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dental dura causada por caries).

- **Servicios principales**

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) Coronas e incrustaciones (onlays/inlays): | Tratamiento de lesiones cariosas (caries visibles en la estructura dental dura) cuando los dientes no pueden restaurarse con amalgama o resina compuesta. |
| (2) Prostodoncia: | Procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y la reparación de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgica de implantes; y para prótesis soportadas por implantes, incluida la reparación y recementación de los mismos. |
| (3) Cirugía oral: | Extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo el cuidado preoperatorio y postoperatorio. |
| (4) Endodoncia: | Tratamiento de enfermedades y lesiones en la pulpa dental. |
| (5) Periodoncia: | Tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes. |
| (6) Reparación de dentaduras postizas: | Reparación de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos procedimientos de rebase y revestimiento. |
| (7) Protectores nocturnos/ férulas oclusales: | Aparatos removibles intraorales utilizados para el tratamiento de hábitos orales nocivos. |

- **Nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo**

Cuando una Miembro esté embarazada, cubriremos servicios adicionales para ayudar a mejorar su salud bucal durante el embarazo. Los servicios adicionales que se cubren cada año calendario mientras la Miembro esté cubierta por el Contrato incluyen un (1) examen oral adicional y una (1) de las siguientes opciones: una limpieza de rutina adicional; un (1) raspado y alisado radicular periodontal adicional por cuadrante; o un (1) procedimiento de mantenimiento periodontal adicional. La Miembro o su proveedor deberán presentar una confirmación por escrito del embarazo al momento de enviar la reclamación.

- **Servicios de teleodontología**

Los servicios de teleodontología son servicios dentales prestados por un dentista que actúa dentro del alcance de su licencia, o por un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión del dentista y dentro del alcance de la licencia o certificación del profesional. Los servicios de teleodontología utilizan telecomunicaciones y tecnología de la información para prestar servicios a un Miembro ubicado en una localización física distinta de donde se encuentra el dentista o profesional de la salud.

Cubrimos los servicios de teleodontología de la misma manera que los servicios prestados durante una visita presencial al consultorio.

Limitaciones para los beneficios pediátricos (menores de 19 años)

- (1) Los servicios que resultan más costosos que el tratamiento que se brinda habitualmente según los estándares aceptados de la práctica odontológica se denominan “Servicios Opcionales”. Los Servicios Opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

Si un Miembro recibe Servicios Opcionales, se aplicará un beneficio alternativo, lo que significa que los beneficios se calcularán sobre la base del costo menor del servicio habitual o del procedimiento estándar, en lugar del costo superior del Servicio Opcional. El Miembro será responsable de pagar la diferencia entre el costo del Servicio Opcional y el costo del servicio habitual o procedimiento estándar.

- (2) Las reclamaciones se procesarán conforme a nuestras políticas estándar de procesamiento. Estas políticas pueden ser modificadas ocasionalmente; por lo tanto, se aplicarán las políticas vigentes al momento de procesar la reclamación. Podemos recurrir a dentistas (consultores dentales) para revisar planes de tratamiento, materiales de diagnóstico y/o tratamientos prescritos, con el fin de determinar si se ajustan a las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable.
- (3) Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos componentes que se realizan al mismo tiempo, estos se considerarán parte del procedimiento principal para efectos de determinar el beneficio pagadero conforme a este Contrato. Si el proveedor factura por separado el procedimiento principal y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados estará limitado al monto máximo correspondiente al procedimiento principal.
- (4) Limitaciones para exámenes y limpiezas:
 - a) Pagaremos los exámenes orales (excepto los realizados fuera del horario de atención y los exámenes de observación) y las limpiezas de rutina, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (o cualquier combinación de estos procedimientos), como máximo una vez cada seis (6) meses. El mantenimiento periodontal está limitado a cuatro (4) procedimientos en un período de 12 meses. Se permitirán hasta cuatro (4) procedimientos de mantenimiento periodontal y hasta dos (2) limpiezas de rutina, incluido el raspado por inflamación gingival generalizada moderada o grave (o cualquier combinación de estos), siempre que no se excedan cuatro (4) procedimientos en total durante un período de 12 meses. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.
 - b) Se permite un desbridamiento bucal completo una vez en la vida, únicamente si el Miembro no tiene antecedentes de profilaxis, raspado y alisado radicular, cirugía periodontal ni procedimientos de mantenimiento periodontal dentro de los tres años anteriores. Este procedimiento contará dentro de la frecuencia permitida de limpiezas del año correspondiente.
 - c) El mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como un beneficio básico. Las limpiezas de rutina, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, están cubiertas como un beneficio diagnóstico y preventivo. El mantenimiento periodontal solo está cubierto si se realiza tras una terapia periodontal activa.
 - d) Las evaluaciones del riesgo de caries están permitidas una vez cada doce (12) meses.
 - e) El desbridamiento bucal completo no está permitido cuando lo realiza el mismo dentista o consultorio dental el mismo día que los procedimientos de evaluación.

- (5) La aplicación de medicamentos para detener el avance de caries está limitada a dos veces por diente por año calendario.
- (6) Limitaciones de los rayos X:
- a) Limitaremos el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa cuando las tarifas por cualquier combinación de radiografías intraorales en una misma serie de tratamiento iguallen o superen dicha tarifa.
 - b) Cuando se envíe una radiografía panorámica junto con radiografías complementarias, limitaremos el monto total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa.
 - c) Si se realiza una radiografía panorámica junto con una serie intraoral completa, consideramos que la radiografía panorámica está incluida en dicha serie completa.
 - d) La serie intraoral completa y la radiografía panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses.
 - e) Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a una vez cada seis (6) meses. Las aletas de mordida de cualquier tipo no se pueden facturar al Miembro ni a nosotros dentro de los 12 meses posteriores a una serie de boca completa, salvo que existan circunstancias especiales que lo justifiquen.
 - f) Los procedimientos de captura de imágenes no se consideran servicios reembolsables por separado.
- (7) La tarifa por las pruebas de vitalidad pulpar está incluida en la tarifa de cualquier tratamiento definitivo realizado el mismo día.
- (8) La aplicación tópica de soluciones de flúor está limitada a dos veces dentro de un período de 12 meses.
- (9) Un mantenedor de espacio tipo “distal shoe” fijo unilateral está limitado a niños de 8 años o menos y se permite una sola vez por cuadrante durante toda la vida. Se puede autorizar un mantenedor de espacio adicional o separado después de la extracción de un “distal shoe” unilateral. La extracción de un mantenedor de espacio fijo se considera incluida en la tarifa del mantenedor de espacio original; sin embargo, se hace una excepción si la extracción la realiza otro proveedor o consultorio diferente.
- (10) Los selladores están sujetos a las siguientes limitaciones:
- a) Una vez cada 36 meses en molares permanentes, siempre que no presenten caries ni restauraciones en la superficie oclusal.
 - b) La reparación o reemplazo de un sellador en cualquier diente, dentro de los 24 meses posteriores a su aplicación, está incluida en la tarifa de la colocación original.
- (11) Las restauraciones preventivas de resina en dientes permanentes de pacientes con riesgo moderado o alto de caries están limitadas a una vez por diente cada 36 meses.
- (12) Las consultas con especialistas cuentan para la frecuencia de exámenes bucales permitida. Las evaluaciones o revisiones de pacientes, cuando están cubiertas e informadas por separado, están limitadas a una sola vez en un período de 12 meses y se consideran incluidas si se realizan junto con cualquier otro examen en la misma fecha y consultorio del proveedor.

- (13) No se cubrirá el reemplazo de restauraciones de amalgama o de resina compuesta (empastes) dentro de los 24 meses posteriores al tratamiento si el servicio fue prestado por el mismo proveedor o consultorio. Las coronas prefabricadas están limitadas a una vez por Miembro por diente en cualquier período de 60 meses. Las restauraciones de reemplazo dentro de los 24 meses están incluidas en la tarifa de la restauración original.
- (14) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) están permitidas cuando no se realiza un tratamiento definitivo en la misma fecha del servicio. La tarifa de las restauraciones protectoras está incluida en la tarifa de cualquier tratamiento definitivo realizado el mismo día.
- (15) Las coronas prefabricadas de acero inoxidable están permitidas en dientes temporales (de leche) y en dientes permanentes hasta los 14 años de edad. Las restauraciones de reemplazo dentro de los 24 meses están incluidas en la tarifa de la restauración original.
- (16) La pulpotomía terapéutica se limita exclusivamente a dientes temporales (de leche); se reconoce una tarifa por tratamiento paliativo de emergencia si se realiza en dientes permanentes.
- (17) La terapia pulpar (relleno reabsorbible) está limitada a una vez en la vida y solo se permite en dientes incisivos primarios, para miembros de hasta 6 años, y molares primarios y caninos, para miembros de hasta 11 años. El retratamiento de una terapia de conducto realizada por el mismo proveedor/consultorio dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (18) La apexificación solo está cubierta en dientes permanentes con desarrollo incompleto del conducto radicular o para la reparación de una perforación.
- (19) El retratamiento de una cirugía apical realizado por el mismo proveedor o consultorio dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (20) Las tarifas por la colocación de clavos adicionales en el mismo diente y en la misma fecha se consideran parte de la colocación inicial del pasador.
- (21) El tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y la tarifa correspondiente se considera incluida en la tarifa del tratamiento definitivo cuando el tratamiento paliativo se brinda en conjunto con cualquier procedimiento que no sea una radiografía o ciertos procedimientos de diagnóstico seleccionados.
- (22) Limitaciones periodontales:
 - a) Los beneficios para el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses. En ausencia de documentación de respaldo, no se cubrirán más de dos cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.
 - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada treinta y seis (36) meses e incluye cualquier reintervención quirúrgica o raspado y alisado radicular realizado dentro de los 36 meses por el mismo dentista o consultorio dental.
 - c) Los servicios periodontales, incluidos los procedimientos de injerto, solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de cresta o implantes.

- d) Los injertos óseos no se cubren si se realizan junto con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
 - e) La cirugía periodontal está sujeta a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante.
 - f) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular si los realiza el mismo consultorio dental.
 - g) Cuando los procedimientos de implantes están cubiertos, el raspado y el desbridamiento ante inflamación o mucositis en un solo implante — incluida la limpieza de su superficie, sin apertura ni cierre de colgajo — están cubiertos como Beneficio Básico y se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses.
- (23) La recolección y aplicación de un producto concentrado de sangre autóloga están limitadas a una vez cada 36 meses.
 - (24) Las coronas y las incrustaciones/onlays están cubiertas no más de una vez en un período de sesenta (60) meses, excepto cuando determinemos que la corona o la incrustación/onlay existente no es satisfactoria y no puede corregirse adecuadamente debido a pérdida extensa o cambios en la estructura dental o los tejidos de soporte del diente implicado. Los servicios solo se permitirán en dientes que hayan alcanzado la madurez en su desarrollo.
 - (25) La reconstrucción del núcleo (core buildup), incluidos los pines, está cubierta no más de una vez en un período de sesenta (60) meses.
 - (26) El poste y el núcleo prefabricados, además de la corona, se cubren una vez por diente cada 60 meses.
 - (27) La infiltración de resina en lesiones incipientes de superficies lisas se cubre una vez en un período de 36 meses.
 - (28) Cuando se permite una corona, incrustación/onlay o prótesis fija dentro de los seis (6) meses de una restauración, el beneficio correspondiente se reducirá por el valor del beneficio pagado previamente por la restauración.
 - (29) Los aparatos de prostodoncia, los implantes y/o las prótesis soportadas por implantes (excepto las dentaduras removibles soportadas por implantes o pilares) que se hayan proporcionado bajo cualquier programa de Delta Dental solo se reemplazarán después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando determinemos que existe una pérdida extensa de los dientes restantes o un cambio en el tejido de soporte que impida que el puente fijo o la dentadura existentes resulten satisfactorios. El reemplazo de un aparato de prostodoncia y/o una prótesis sobre implantes no proporcionados bajo un programa de Delta Dental se realizará si determinamos que el dispositivo no es satisfactorio y no puede corregirse adecuadamente. Los servicios solo se permitirán en dientes que hayan alcanzado la madurez en su desarrollo. Los dispositivos auxiliares para diagnóstico y tratamiento relacionados con implantes se consideran parte del tratamiento definitivo y están incluidos en sus honorarios. Nuestro pago por la extracción de implantes se limita a uno (1) por implante en un período de sesenta (60) meses, ya sea que haya sido proporcionado bajo Delta Dental u otro plan dental.

- (30) El desbridamiento y/o el contorneado óseo de un defecto periimplantario, o de defectos que rodean un solo implante, que incluye la limpieza de la superficie expuesta del implante, así como la apertura y cierre del colgajo, se permite una vez cada 60 meses.
- (31) Un implante es un procedimiento cubierto por el plan solo si se determina que constituye una necesidad dental. Si un arco puede restaurarse con una prótesis o restauración estándar, no se otorgarán beneficios para el implante individual ni para los procedimientos relacionados con el implante. Solo la segunda fase del tratamiento (la fase de prostodoncia: colocación de la corona sobre el implante, la dentadura de puente o la dentadura parcial) puede estar sujeta a la disposición de beneficios alternativos del plan.
- (32) Cuando se coloca un puente fijo posterior y una prótesis parcial removible en el mismo arco y durante el mismo episodio de tratamiento, solo la prótesis parcial removible será un beneficio cubierto.
- (33) La recementación de coronas, incrustaciones (inlays/onlays) o puentes está incluida en la tarifa de la corona, incrustación o puente cuando la realiza el mismo proveedor o consultorio del proveedor dentro de los seis (6) meses posteriores a la colocación inicial.
- (34) La instalación inicial de una prótesis dental y/o implantes no es un beneficio cubierto, a menos que se requieran como resultado de la extracción de dientes naturales y permanentes durante un período en el que el Miembro estuviera cubierto por un plan de Delta Dental.
- (35) Limitamos el pago por dentaduras postizas a una dentadura parcial o completa estándar (se aplican los coseguros correspondientes al Miembro). Una dentadura postiza estándar se define como un aparato removible para reemplazar dientes naturales y permanentes faltantes, fabricado con materiales aceptables por medios convencionales e incluye el cuidado posterior rutinario tras su colocación, incluidos ajustes y rebases durante los primeros seis (6) meses.
- a) El rebase de dentadura postiza está limitado a uno (1) por arco en un período de treinta y seis (36) meses e incluye cualquier rebase o ajuste durante los seis (6) meses posteriores a la colocación.
 - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras parciales removibles y los rebases incluyen ajustes durante los seis (6) meses posteriores a su colocación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o rebase, el rebase se limita a uno (1) por arco en un período de 36 meses. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras parciales removibles inmediatas incluyen ajustes durante los tres (3) meses posteriores a su colocación. Después de los tres (3) meses iniciales de un ajuste o rebase, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en un año calendario, y el rebase se limita a uno (1) por arco en un período de 36 meses.
 - c) El acondicionamiento de tejidos no está cubierto como un beneficio separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de rebase o reajuste de dentaduras postizas.
- (36) Los protectores oclusales están cubiertos previa presentación de informe para los miembros de 13 años o más, cuando su propósito sea el tratamiento del bruxismo o diagnósticos distintos de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJD). Los protectores oclusales están limitados a uno (1) por cada período de 12 meses consecutivos. No cubriremos la reparación ni el reemplazo de ningún aparato para protector nocturno o protector oclusal. El ajuste de un protector oclusal se permite una vez cada 12 meses, transcurridos seis meses desde su colocación inicial.

- (37) Limitaciones en los servicios de ortodoncia:
- a) Los servicios se limitan a tratamientos de ortodoncia médicamente necesarios cuando son proporcionados por un proveedor. El tratamiento ortodóntico es un beneficio incluido en este plan dental únicamente cuando es médicamente necesario, es decir cuando exista evidencia de maloclusión severa con discapacidad significativa y cuando se obtenga autorización previa.
 - b) Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio únicamente cuando los moldes de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el Índice de Desviación Labio-Lingual (Labio-Lingual Deviation, HLD) por Discapacidad, o cuando se presenta alguna de las condiciones de calificación automática que se enumeran a continuación.
 - c) Las condiciones de calificación automática son:
 - i) Deformidad del paladar hendido. Si la deformidad del paladar hendido no es visible en los modelos de diagnóstico, deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.
 - ii) Una sobremordida profunda en la que los incisivos inferiores están lesionando el tejido blando del paladar.
 - iii) Una mordida cruzada de dientes anteriores individuales que cause destrucción de tejido blando.
 - iv) Desviación traumática grave.
 - d) El proveedor debe presentar la siguiente documentación junto con la solicitud de autorización previa de los servicios:
 - i) Formulario de reclamación ADA 2006 o posterior, con el(los) código(s) del servicio solicitado(s).
 - ii) Modelos de estudio de diagnóstico (recortados) con registro de mordida; o su equivalente en OrthoCad.
 - iii) Imagen radiográfica cefalométrica o imagen radiográfica panorámica.
 - iv) Hoja de puntuación HLD completada y firmada por el ortodoncista; y
 - v) Plan de tratamiento.
 - e) Las coberturas para los procedimientos de tratamiento de ortodoncia integral (D8080, D8090) incluyen todos los aparatos, ajustes, colocación, extracción y estabilización posterior al tratamiento (retención). No se permite ningún cargo adicional al Miembro.
 - f) El tratamiento de ortodoncia integral incluye el reemplazo, reparación y extracción de brackets, bandas y arcos por parte del proveedor original.
 - g) Los procedimientos de ortodoncia se cubren como beneficio para casos de maloclusión incapacitante, paladar hendido y manejo del crecimiento facial médicamente necesarios, en miembros menores de 19 años, y deben contar con autorización previa.

- h) Solo se considerarán para maloclusión incapacitante médicamente necesaria los casos con dentición permanente, salvo que el miembro tenga 13 años o más y aún presente dientes primarios. Los casos de paladar hendido y anomalías craneofaciales son un beneficio para dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan mediante el manejo del crecimiento facial.
- i) Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento de ortodoncia deberán completarse antes de considerar dicho tratamiento.
- j) Cuando se proporcionen aparatos o procedimientos de ortodoncia especializados elegidos por motivos estéticos, se realizará una asignación equivalente al costo de un tratamiento de ortodoncia estándar. El Miembro será responsable de la diferencia entre la asignación correspondiente al tratamiento estándar y el costo cobrado por el dentista por el aparato o procedimiento especializado.
- k) La reparación o el reemplazo de un aparato de ortodoncia colocado bajo este plan dental que haya sido dañado, perdido, robado o extraviado no está cubierto.
- l) La ortodoncia, incluidas las evaluaciones bucales y todo el tratamiento, deberá ser realizada por un dentista con licencia o por su personal supervisado, actuando dentro del marco legal aplicable. El dentista registrado debe realizar una evaluación clínica presencial del paciente (o el equivalente por telesalud cuando la legislación vigente lo requiera como alternativa para ser reembolsado) a fin de establecer la necesidad de tratamiento de ortodoncia, y contar con información diagnóstica adecuada, incluidas imágenes radiográficas apropiadas, para desarrollar un plan de tratamiento correcto. Los tratamientos de ortodoncia autoadministrados (o cualquier modalidad de “hágalo usted mismo”) no están cubiertos.
- m) La remoción de aparatos de ortodoncia fijos por motivos distintos a la finalización del tratamiento no constituye un beneficio cubierto.

Exclusiones para beneficios pediátricos (menores de 19 años)

No cubrimos beneficios por:

- (1) Servicios que no se consideran Beneficios Esenciales de Salud.
- (2) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por leyes de compensación laboral o responsabilidad del empleador; servicios recibidos sin costo alguno de agencias federales, estatales o locales, a menos que dicha exclusión esté prohibida por ley.
- (3) Cirugía estética o procedimientos realizados con fines puramente cosméticos.
- (4) Prótesis maxilofaciales.
- (5) Restauraciones provisionales y/o temporales (excepto una dentadura parcial removible provisional para reemplazar dientes permanentes anteriores extraídos durante el período de cicatrización en niños de 16 años o menos). Las restauraciones provisionales y/o temporales no se pagan por separado y están incluidas en la tarifa del servicio completado.
- (6) Servicios por malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidas, entre otras, el paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración dental) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a niños con defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticadas médicamente.

- (7) Tratamiento para estabilizar los dientes, restaurar estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión, o para reconstruir o mantener superficies de masticación debido a desalineación dental o problemas de oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: equilibración oclusal, ferulización periodontal o ajustes oclusales completos.
- (8) Cualquier procedimiento único realizado antes de que el Miembro fuera elegible para los servicios conforme a este plan.
- (9) Medicamentos recetados, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.
- (10) Cargos por anestesia, excepto anestesia general o sedación intravenosa administrada por un proveedor en cirugía oral cubierta o en procedimientos quirúrgicos endodónticos o periodontales seleccionados. La anestesia local y la anestesia por bloqueo regional y/o del nervio trigémino no son procedimientos que se paguen por separado.
- (11) Injertos extraorales (injerto de tejidos provenientes del exterior de la boca hacia tejidos orales).
- (12) Coronas procesadas en laboratorio para dientes que no han alcanzado la madurez en su desarrollo.
- (13) Implantes endoóseos endodónticos.
- (14) Incrustaciones de resina fabricadas indirectamente.
- (15) Cargos por hospitalización o uso de otras instalaciones quirúrgicas o de tratamiento, así como cualquier tarifa adicional que cobre el proveedor por tratamiento en dichas instalaciones.
- (16) Tratamientos brindados por alguien que no sea un proveedor autorizado o una persona legalmente habilitada para trabajar bajo supervisión directa del proveedor.
- (17) Cargos relacionados con: instrucciones de higiene bucal, programas de control de placa, programas preventivos que incluyan cuidados domiciliarios, educación alimentaria, duplicados de radiografías, exámenes de cáncer, asesoramiento sobre el consumo de tabaco o citas no asistidas. Estos no son procedimientos reembolsables de forma independiente.
- (18) Servicios administrativos dentro de la práctica odontológica, como: preparación de reclamaciones, fases no clínicas de la atención (ej. ambiente antiséptico, esterilización de equipos, control de infecciones) o materiales auxiliares rutinarios (hisopos, gasas, baberos, mascarillas) y técnicas de relajación como música.
- (19) Procedimientos con pronóstico dudoso, según evaluación profesional del consultor dental basada en la documentación presentada.
- (20) Cualquier impuesto que imponga (o en el que incurra) un gobierno, estado u otra entidad en relación con las tarifas cobradas por los beneficios proporcionados conforme al Contrato será responsabilidad del Miembro y no constituye un beneficio cubierto.
- (21) Deducibles y/o cualquier servicio no cubierto por el plan dental.
- (22) Servicios cubiertos que excedan las limitaciones del plan o que no cumplan con las políticas de procesamiento vigentes al momento de evaluar la reclamación.

- (23) La colocación inicial de cualquier aparato o implante de prostodoncia, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes naturales y permanentes extraídos mientras el Miembro esté cubierto por el Contrato o lo haya estado bajo cualquier plan de atención dental de Delta Dental. No se incluye la extracción de terceros molares (muelas del juicio). Cualquier prótesis o puente fijo debe incluir el reemplazo de los dientes extraídos.
- (24) Servicios para trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) o estructuras relacionadas: músculos, nervios y tejidos adyacentes.
- (25) Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de la maloclusión de los dientes y/o las mandíbulas), excepto la ortodoncia médicamente necesaria, siempre que se obtenga una autorización previa.
- (26) Citas canceladas y/o perdidas.
- (27) Las acciones administrativas para programar y dar seguimiento a las citas forman parte de la operación general del consultorio y no se pagan por separado.
- (28) Tarifas por coordinación de atención: consideradas parte de la gestión general del paciente y no reembolsables por separado.
- (29) Entrevistas motivacionales, gestión de casos dentales y educación del paciente orientadas a mejorar la alfabetización en salud bucal.
- (30) Procedimientos diagnósticos no ionizantes capaces de cuantificar, monitorear o registrar cambios en el esmalte, la dentina y el cemento.
- (31) Imágenes radiográficas extraorales: proyección 2D o imágenes dentales posteriores.
- (32) Pruebas de detección de diabetes.
- (33) Corticotomía (procedimiento quirúrgico especializado vinculado a ortodoncia).
- (34) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (35) Asesoramiento para controlar o prevenir efectos adversos orales, conductuales o sistémicos derivados del uso de sustancias de alto riesgo.

Servicios para la diabetes

Cuando se utilicen para tratar la diabetes insulino dependiente, la diabetes no insulino dependiente o niveles altos de glucosa en sangre inducidos por el embarazo, u otra afección médica asociada con niveles elevados de glucosa en sangre, el Plan cubrirá los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios:

- Monitores de glucosa en sangre, incluidos los diseñados para personas legalmente ciegas, y tiras reactivas.
- Kits de emergencia de glucagón.
- Insulina, análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios relacionados.
- Agentes orales recetados y no recetados para controlar los niveles de azúcar en sangre.
- Dispositivos de ayuda para inyecciones, incluidos los adaptables a las necesidades de personas legalmente ciegas.
- Lancetas y dispositivos de lanceta.

Dispositivos podológicos para la prevención de complicaciones en los pies asociadas con la diabetes, incluidos zapatos terapéuticos moldeados o con plantillas profundas, ortesis funcionales, plantillas personalizadas, plantillas de reemplazo, dispositivos preventivos y modificaciones de calzado para la prevención y el tratamiento.

- Visitas médicas y atención de seguimiento después del diagnóstico.
- Capacitación en autocontrol, incluida la terapia médica nutricional relacionada con el manejo de la diabetes.
- Visitas médicamente necesarias tras el diagnóstico de diabetes; visitas posteriores a un diagnóstico médico que represente un cambio significativo en la condición del paciente; y visitas para reeducación.
- Jeringas; y
- Tiras reactivas para lectura visual de glucosa y cetonas en orina.

Para preguntas sobre estos requisitos, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

El Plan evaluará si se requieren cambios en el *Formulario* o en el Contrato cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) apruebe nuevos equipos o mejoras en los existentes. Esto puede incluir aparatos, medicamentos recetados, insulina o suministros para diabéticos nuevos o mejorados. El costo compartido de la insulina incluida en el *Formulario* no puede exceder los \$25 por receta para un suministro de treinta (30) días. Las recargas de emergencia de insulina y equipos relacionados con la insulina estarán cubiertas en las mismas condiciones que una recarga que no sea de emergencia. Comuníquese con el Plan o visite nuestro sitio web www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico son un servicio cubierto cuando son médicamente necesarias y se realizan bajo la dirección de su proveedor. Esto incluye, entre otros:

- Análisis de sangre;
- Urinálisis;
- Pruebas de patología;
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios de imagen;
- Electrocardiogramas (EKG), electroencefalogramas (EEG) y otros procedimientos de diagnóstico electrónico;
- Tomografías computarizadas (TC); exploraciones por tomografía por emisión de positrones (PET); resonancias magnéticas (RM); y colonoscopias por TC (colonoscopias virtuales);
- Pruebas de biomarcadores;

El Plan cubre las pruebas de biomarcadores para diagnosticar, tratar, manejar o monitorear la enfermedad o condición de un afiliado, siempre que la prueba tenga utilidad clínica. Se proporcionará cobertura si el uso de la prueba para la condición específica del afiliado:

- Está respaldado por evidencia científica y es científicamente válido.
- Informa el manejo clínico o el resultado del paciente.
- Se utiliza para abordar la condición médica para la cual se solicita la prueba.

El Plan brindará esta cobertura de forma que minimice las interrupciones en la atención médica, incluso reduciendo la necesidad de repetir biopsias o la recolección de muestras biológicas. No se requerirá autorización previa para las pruebas de biomarcadores que cumplan con estos criterios, conforme al Código de Seguros de Texas §1372.003.

Algunos servicios de diagnóstico requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información. Proporcionaremos cobertura para estos servicios de diagnóstico de una manera que limite la interrupción en la atención, incluida la reducción en el número de biopsias y muestras biológicas necesarias.

Equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos, dispositivos protésicos, reparación y reemplazo de equipos médicos duraderos, prótesis, dispositivos ortopédicos y audífonos
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) es un servicio cubierto cuando es médicamente necesario y está preautorizado por el Plan, cuando corresponda. El equipo debe ser necesario para la condición médica o el estado de salud del paciente.

La cobertura puede incluir el alquiler o la compra del DME, a discreción del Plan. Ejemplos de DME incluyen, entre otros:

- Muletas;
- Camas de hospital;
- Equipos de oxígeno;
- Sillas de ruedas; y
- Andaderas.

Además de ser médicamente necesario y estar preautorizado por el Plan, el DME debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser capaz de soportar el uso repetido;
- Ser reutilizable por otras personas;
- Tener un propósito médico; y
- No ser útil, en general, para personas que no estén enfermas o lesionadas.

Existen algunas exclusiones y limitaciones para la cobertura de DME:

- La cobertura de DME se limita a equipos médicamente apropiados. No incluye características especiales, mejoras o accesorios adicionales, a menos que sean médicamente necesarios.
- El Plan cubrirá el alquiler o la compra de DME médicamente necesario, así como su reparación y ajuste. No se cubrirán reparaciones cuyo costo exceda el precio de compra.
- La reparación o el reemplazo del DME estará cubierto si es médicamente necesario, según la evaluación del Plan, o si se debe a un cambio en la condición física o médica del Miembro. La reparación de DME, o de dispositivos protésicos u ortopédicos de propiedad previa del Miembro (y que no hayan sido suministrados por el Plan), podrá estar cubierta, salvo lo establecido en la sección de Suministros y tratamiento para la diabetes. La cobertura de estas reparaciones será determinada a discreción del Plan.
- El Plan sigue las pautas de Medicare con respecto a la vida útil del DME. Se espera que el equipo tenga una duración mínima de cinco (5) años.
- No se cubrirá el reemplazo del equipo debido a pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción. El Plan tampoco cubrirá el reemplazo en los casos en que el paciente venda o ceda indebidamente el equipo;
- El Plan no cubre el reemplazo de DME únicamente por vencimiento de la garantía o disponibilidad de nuevos equipos mejorados. Tampoco se cubrirán equipos duplicados o adicionales con fines de comodidad, conveniencia o viajes del Miembro.

Aparatos ortopédicos

Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Estos dispositivos incluyen férulas y otros aparatos externos utilizados para corregir funciones corporales, incluida la deformidad del pie zambo. Los servicios profesionales relacionados con la adaptación y el uso de estos dispositivos contarán con la misma cobertura que la prevista por las leyes federales sobre el seguro médico para personas mayores o con discapacidad. Los aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Las plantillas ortopédicas o aparatos para calzado no están cubiertos, excepto para miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía significativa. Las órtesis de rodilla-tobillo-pie (knee-ankle-foot orthoses, KAFO) y las órtesis de tobillo-pie (ankle-foot orthoses, AFO) fabricadas a medida están cubiertas de acuerdo con pautas reconocidas a nivel nacional.

Dispositivos protésicos

Las prótesis internas y/o los aparatos médicos están cubiertos cuando son ordenados por un médico y preautorizados por el Plan, cuando corresponda.

Un aparato protésico externo (External Prosthetic Appliance, EPA, por sus siglas en inglés) está cubierto con autorización previa cuando es médicamente necesario para el caso o condición de salud del paciente. Los aparatos protésicos externos son sustitutos artificiales que se usan o se colocan en el exterior del cuerpo. Estos pueden utilizarse para: reemplazar una parte faltante (como una pierna, un brazo o una mano); o aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito. El Plan cubrirá aquellos aparatos protésicos externos que sean necesarios para realizar las actividades ordinarias de la vida diaria. Las férulas ortopédicas se consideran aparatos protésicos externos. (Esto no incluye los aparatos ortodóncicos.)

Existen algunas exclusiones y limitaciones aplicables a los aparatos protésicos externos (EPA):

- El Plan cubre EPA para ambulatorios de niveles K1 a K3. No se cubren EPA para ambulatorios de nivel 0 o nivel 4.
- El reemplazo del EPA está cubierto si se debe al crecimiento normal del cuerpo o a cambios por enfermedad o lesión.
- El Plan sigue las pautas de Medicare para determinar la vida útil del EPA.
- Se cubrirán EPA prefabricados, a menos que exista documentación clínica que respalde la necesidad médica de uno personalizado. No se cubrirán mejoras o accesorios que no tengan un propósito terapéutico.
- No se cubrirán EPA destinados a participar en actividades recreativas, de ocio o deportivas.
- La EPA con el fin de poder practicar un deporte no está cubierta.
- Se cubrirá la reparación o el reemplazo del EPA si es médicamente necesario, según lo determine el Plan.
- No se cubrirán reparaciones o reemplazos debidos a pérdida, robo o destrucción.
- No se cubrirán EPA duplicados o adicionales por motivos de comodidad o conveniencia.
- Los servicios profesionales relacionados con la adaptación y uso de estos dispositivos estarán cubiertos en igualdad de condiciones con las leyes federales sobre el seguro médico para personas mayores o con discapacidad.

Dispositivos médicos implantados

El Plan cubre los dispositivos médicos implantados cuando sean médicamente necesarios y los ordene un proveedor participante. Estos dispositivos incluyen, entre otros: marcapasos, articulaciones artificiales de cadera, implantes cocleares y stents cardíacos. La cobertura comprende ayudas internas permanentes o temporales y soportes para partes del cuerpo que presentan alguna deficiencia. También cubrimos el costo de las reparaciones o el mantenimiento de los dispositivos cubiertos. Por lo general, estos servicios requieren autorización previa. Para más información, consulte la sección Autorización previa.

Audífonos

El Plan cubre los audífonos y ciertos servicios relacionados. Los servicios incluyen honorarios por adaptación y dispensación; moldes auditivos, cuando sea necesario, para garantizar un ajuste óptimo; tratamientos relacionados con audífonos, incluidos servicios de habilitación y rehabilitación requeridos para facilitar el desarrollo educativo. Se entiende por audífono un equipo médico duradero diseñado con circuitos que optimizan la audibilidad y las habilidades auditivas. Los servicios deben ser prestados por un audiólogo, dispensador de audífonos o médico. Este beneficio está limitado a un audífono por oído cada tres (3) años, hasta un máximo de \$2000 por dispositivo. Si el costo del audífono excede los \$2000 por unidad, el Plan no negará el reclamo; el afiliado simplemente deberá cubrir la diferencia de costo.

Los implantes cocleares médicamente necesarios (incluidos los reemplazos internos) están cubiertos por este Plan para personas de 18 años o menos. La cobertura incluye servicios de adaptación y dispensación; tratamientos de habilitación y rehabilitación; procesador y controlador de voz externos, con sus componentes necesarios, y su reemplazo cada tres años.

Errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM)

Un Error Genético Congénito del Metabolismo (IEM) es un trastorno hereditario raro presente desde el nacimiento, que afecta el metabolismo y puede provocar la muerte si no se trata. Generalmente, se debe a un gen defectuoso que produce una deficiencia enzimática. Existen numerosos trastornos metabólicos, aunque cada uno es raro en la población general.

El Plan cubre los tratamientos que afectan el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos y grasas, para los cuales existen métodos médicamente estándar de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. Estos tratamientos incluyen dietas especiales que eliminan o sustituyen ciertos nutrientes; reemplazos enzimáticos u otros suplementos para apoyar el metabolismo; tratamientos para eliminar productos tóxicos del metabolismo a través de la sangre; servicios clínicos, análisis bioquímicos, suministros médicos; medicamentos recetados; lentes correctivos cuando se requieran debido al IEM. Un IEM no incluye alergias o intolerancias alimentarias comunes, como la intolerancia a la lactosa o la sensibilidad al gluten. Los servicios deben ser prestados por proveedores capacitados específicamente en el diagnóstico, seguimiento y control de IEM mediante evaluación nutricional y médica.

Alimentos médicos especiales para errores genéticos congénitos del metabolismo

El Plan cubre alimentos médicos especiales, como fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración, para el tratamiento de IEM. Los alimentos médicos especiales incluyen sustancias nutricionales que:

- Están destinadas al manejo médico y nutricional de pacientes con capacidad limitada para metabolizar alimentos ordinarios;

- Han sido procesadas o formuladas específicamente para ser distintas en uno o más nutrientes presentes en los alimentos naturales;
- Están diseñadas para consumo o administración interna;
- Son esenciales para el crecimiento óptimo, la salud y el equilibrio metabólico.

La cobertura de estos productos está sujeta a deducibles, coseguros y copagos aplicables, y aplica para productos alimenticios bajos en proteínas cuando son médicamente necesarios. Estos deben obtenerse, si corresponde, de fuentes aprobadas por el emisor del seguro médico. No se negará la cobertura si el emisor no aprueba una fuente específica.

Los alimentos médicos especiales deben ser recetados por un médico y adquiridos a través de un proveedor participante del plan. El Plan cubre las fórmulas necesarias para tratar la fenilcetonuria o cualquier otra enfermedad hereditaria en las mismas condiciones en que se cubren los medicamentos disponibles solo bajo prescripción médica.

Servicios de habilitación

Los Servicios de Habilitación ayudan a una persona a mantener, adquirir o mejorar las habilidades y funciones necesarias para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Estas funciones pueden incluir actividades como comer y bañarse. El Plan cubre servicios de habilitación como fisioterapia, terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje, y otros servicios dirigidos a personas con discapacidades.

Servicios de atención médica domiciliaria

Los servicios médicos domiciliarios médicamente necesarios están cubiertos bajo ciertas condiciones. Los Servicios de Salud en el Hogar deben prestarse con base en la certificación de un médico tratante que indique que se requeriría hospitalización o internación en un centro especializado si no se proporciona un plan de atención en el hogar. Los servicios deben ser prestados por un proveedor autorizado y calificado. Esta cobertura es limitada bajo el Plan. Existe un límite de sesenta (60) visitas domiciliarias por Miembro durante el año calendario. Consulte su *Programa de Beneficios* para obtener más detalles.

Los Servicios de Salud en el Hogar pueden incluir:

- Visitas de enfermeras profesionales, tales como enfermeras registradas y enfermeras licenciadas, así como otros profesionales de la salud participantes como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, patólogos del habla, asistentes de salud en el hogar, trabajadores sociales y nutricionistas;
- Administración o uso de insumos médicos consumibles y equipo médico duradero (DME) durante visitas autorizadas;
- Terapia de infusión en el hogar;
- Medicamentos cubiertos prescritos por un proveedor participante durante el periodo de atención en el hogar;
- Enfermería privada para servicios de atención prolongada.

El Plan también cubre la terapia física, ocupacional, respiratoria y del habla proporcionada en el hogar, siempre que sea ordenada por escrito por un proveedor, y dicha orden se renueve al menos cada 60 días.

Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados cuando sean médicamente necesarios. Incluyen el tratamiento y evaluación de condiciones para las cuales la atención ambulatoria no sería adecuada.

Los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados incluyen:

- Alojamiento y comida en habitación semiprivada;
- Uso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI);
- Medicamentos, biológicos, líquidos y quimioterapia;
- Comidas;
- Dietas especiales y suplementos nutricionales cuando sean médicamente necesarios;
- Apósitos y yesos;
- Atención de enfermería general y enfermería de servicio especial cuando sea médicamente necesaria;
- Uso del quirófano y de instalaciones relacionadas;
- Sangre total, incluyendo el costo de la sangre, plasma sanguíneo y expansores de plasma, que no sean reemplazados por o para el Miembro;
- Administración de sangre total y plasma sanguíneo;
- Rayos X, análisis de laboratorio y otros servicios de diagnóstico;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Terapia inhalatoria (terapia respiratoria);
- Enfermería privada cuando sea médicamente necesaria;
- Radioterapia; y
- Otros servicios proporcionados en un hospital de cuidados intensivos.

Los Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para más información.

Atención aguda a largo plazo para pacientes hospitalizados

El Plan cubre la Atención Aguda a Largo Plazo (Long Term Acute Care, LTAC) cuando sea médicamente necesaria. Los hospitales LTAC proporcionan atención a los Miembros que requieren internación prolongada debido a condiciones médicas complejas que no pueden ser tratadas en centros de menor nivel de atención. Los servicios de LTAC pueden incluir cuidados pulmonares, tratamiento avanzado de heridas y servicios de cuidados críticos.

Los servicios que están cubiertos por el Plan incluyen:

- Pruebas de laboratorio;
- Terapia respiratoria;
- Tres o más antibióticos intravenosos (IV), otros medicamentos IV, nutrición parenteral total (NPT) y líquidos intravenosos;
- Manejo del dolor;
- Rehabilitación limitada, que incluye terapia física, ocupacional, cognitiva y del habla;
- Controles frecuentes de signos vitales, neurológicos o vasculares;
- Monitoreo cardíaco;
- Monitoreo de medicamentos;
- Manejo nutricional;
- Manejo de líquidos, control de ingesta y salida, y control de peso diario;
- Educación para el paciente, su familia y/o cuidadores.

Los Servicios de Atención Aguda a Largo Plazo requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para más información.

Servicios de atención médica para pacientes hospitalizados

El Plan cubre los servicios prestados a pacientes hospitalizados por médicos u otros profesionales de la salud. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Los Servicios de Atención Médica para Pacientes Hospitalizados incluyen servicios prestados, prescritos o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud, entre ellos:

- Diagnóstico;
- Terapéutico;
- Médico;
- Quirúrgico;
- Preventivo;
- Referencias médicas; y
- Servicios de atención médica consultiva.

Servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados

El Plan cubre servicios para pacientes hospitalizados en un centro de rehabilitación aguda. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. También están 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:

- Alojamiento y comida en habitación semiprivada;
- Servicios médicos;
- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de terapia especializada (PT/OT/ST);
- Servicios de equipo multidisciplinario (dietista, trabajador/a social clínico/a);
- Medicamentos, biológicos, fluidos;
- Comidas, incluida la dieta y suplementos nutricionales médicamente necesarios;
- Rayos X, laboratorio y otros servicios de diagnóstico; y
- Oxigenoterapia y terapia inhalatoria (terapia respiratoria).

Los Servicios de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para más información.

Oxigenoterapia hiperbárica

La oxigenoterapia hiperbárica es un beneficio cubierto únicamente si se propone para una afección reconocida como una de las indicaciones aceptadas según lo definido por el Comité de Terapia de Oxígeno Hiperbárico de la Sociedad Médica Submarina e Hiperbárica (Undersea and Hyperbaric Medical Society, UHMS, por sus siglas en inglés). Está excluida para cualquier otra afección. La oxigenoterapia hiperbárica requiere autorización previa, y los servicios deben ser proporcionados por un proveedor participante para estar cubiertos.

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

Brindamos beneficios y cobertura para afecciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias bajo los mismos términos y condiciones aplicables a los beneficios y la cobertura médica y quirúrgica del Plan. La cobertura no puede imponer limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas a estos beneficios que sean más restrictivas que las aplicadas a los beneficios médicos o quirúrgicos.

Servicios de abuso de alcohol y sustancias

Este Plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento del abuso de sustancias, lo cual incluye trastornos por abuso de alcohol y drogas, tanto en entorno hospitalario como ambulatorio.

Los servicios hospitalarios incluyen hospitalización para desintoxicación por abuso de alcohol o sustancias, así como hospitalización parcial. La rehabilitación no incluye centros de tratamiento residencial ni otras instalaciones que usen un modelo social de rehabilitación. Los servicios hospitalarios requieren autorización previa y deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado.

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

Tratamiento de salud conductual

Este Plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de trastornos conductuales o trastornos mentales, tanto en entorno hospitalario como ambulatorio.

Los servicios hospitalarios incluyen hospitalización y terapia electroconvulsiva (electroconvulsive therapy, TEC). Estos servicios requieren autorización previa y deben ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado. La estadía continua debe cumplir con los criterios de necesidad médica y con los requisitos legales del estado correspondiente.

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

Apoyo nutricional y suplementos

Este Plan cubrirá los siguientes suplementos nutricionales, siempre que sean recetados por un proveedor autorizado y calificado:

- Suplementos nutricionales para la atención prenatal de una Miembro embarazada;
- Suplementos nutricionales cuando sean médicamente necesarios para tratar una deficiencia documentada específica;
- Suplementos nutricionales cuando sean médicamente y administrados por inyección en el consultorio del proveedor;
- Fórmulas o productos enterales administrados mediante sonda enteral como apoyo nutricional;
- Nutrición parenteral total (Total Parental Nutrition, NPT) por medio de catéteres intravenosos (centrales o periféricos); y
- Alimentos médicos especiales según se enumeran en la sección de Beneficio IEM de este Contrato.

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

Evaluación nutricional

El Plan cubre evaluaciones dietéticas y asesoramiento para el manejo médico de una enfermedad documentada, incluyendo la obesidad. Estos servicios deben ser brindados por un proveedor autorizado y calificado o por un dietista registrado. Consulte la sección de exclusiones de este Contrato para más detalles.

Medicamentos orales contra el cáncer

El Plan cubre medicamentos contra el cáncer recetados y administrados por vía oral, que se utilizan para destruir o ralentizar el crecimiento de células cancerosas, bajo los mismos términos de cobertura que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados. Se requiere autorización previa.

Servicios médicos ambulatorios

El Plan cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios hospitalarios y/o ambulatorios. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y recetados por su proveedor de atención primaria o profesional de la salud tratante. Los servicios pueden proporcionarse en un hospital, un consultorio médico o en cualquier otra instalación debidamente autorizada. El proveedor que presta los servicios debe tener licencia para ejercer y debe ejercer bajo la autoridad del plan de salud, un grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad conforme a las leyes aplicables del estado de Texas.

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios u hospitalarios pueden incluir:

- Servicios de médicos de atención primaria y especialistas;
- Servicios ambulatorios prestados por otros proveedores;
- Servicios de diagnóstico, incluidos laboratorio, imágenes y radiología;
- Servicios de radiología terapéutica;
- Servicios prenatales;
- Terapias de rehabilitación ambulatorias, incluidas fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional;
- Servicios de salud en el hogar, según lo prescrito o indicado por el médico responsable o autoridad designada por el Plan;
- Servicios preventivos exigidos por la ley, incluidos exámenes de salud periódicos para adultos, vacunas para niños, atención de niños sanos desde el nacimiento, exámenes de detección de cáncer (mamografías, próstata, colon), exámenes de ojos y oídos para niños hasta los 17 años y vacunas para adultos;
- Tratamiento para la PKU y otros trastornos genéticos;
- Visitas ambulatorias de salud mental;
- Servicios de emergencia
- Servicios médicos y quirúrgicos;
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología;
- Pruebas prequirúrgicas;
- Sangre total, incluyendo el costo de la sangre, plasma sanguíneo y expansores de plasma que no sean reemplazados por o para el afiliado;
- Administración de sangre, plasma y otros productos biológicos;

- Servicios de apósitos, yesos y bandejas estériles;
- Suministros médicos;
- Servicios hospitalarios ambulatorios, incluidos servicios de tratamiento, cirugía ambulatoria, diagnóstico (laboratorio, radiología e imágenes); y
- Servicios de anestesia y/o anestésicos.

Algunos servicios hospitalarios ambulatorios o ambulatorios quirúrgicos requieren autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Servicios para profesionales/proveedores

Los servicios de profesionales/proveedores son aquellos razonablemente necesarios para mantener una buena salud. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes periódicos y visitas al consultorio.

Visitas al consultorio médico

El Plan cubrirá los servicios de atención primaria y especializada para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. Las visitas al consultorio de atención primaria o especialistas pueden estar sujetas al deducible y copagos. Si tiene preguntas, consulte su *Programa de Beneficios y Cobertura* o llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Tratamiento de la alergia

Se proporciona cobertura para consultas, pruebas, tratamientos e inyecciones relacionados con alergias, realizadas por un especialista en alergias o un inmunólogo.

Segundas opiniones

Puede obtener segundas opiniones de proveedores participantes dentro de la red sin necesidad de autorización previa. Si, en consulta con un proveedor participante, determinamos que no hay disponibilidad dentro de la red, se autorizará una sola consulta fuera de la red por diagnóstico. Las segundas opiniones fuera de la red requieren autorización previa de nuestra parte.

Medicamentos recetados

El Plan proporcionará cobertura para medicamentos, suministros, suplementos y la administración de un medicamento (si dichos servicios no están excluidos de la cobertura), cuando sean recetados por un proveedor autorizado y calificado, y se obtengan en una farmacia o a través del programa de pedidos por correo del Plan. La cobertura de medicamentos recetados incluye medicamentos genéricos, de marca o no preferidos.

Utilizamos un Formulario, que es una lista de medicamentos recetados cubiertos por el Plan. El *Formulario* incluye medicamentos para una variedad de enfermedades y afecciones. Periódicamente, se revisa y actualiza para garantizar el uso de las terapias farmacológicas más actuales y clínicamente apropiadas. Si hay alguna modificación del *Formulario*, el Plan enviará a los Miembros una notificación con sesenta (60) días de anticipación. Los medicamentos incluidos en el *Formulario* seguirán ofreciéndose al nivel de beneficios contratados hasta la fecha de renovación del Plan. A veces, es médicamente necesario que un Miembro use un medicamento que no está en el *Formulario*. Cuando esto ocurra, el médico que receta puede solicitar una excepción para la cobertura a través del Centro de Excepción de Farmacia del Plan. Además, algunos medicamentos del *Formulario* pueden requerir autorización previa, un requisito de terapia escalonada o tener límites de cantidad antes de su cobertura. Consulte la sección de Exclusiones para más información sobre medicamentos no cubiertos. Si tiene

preguntas sobre el *Formulario* o sobre sus beneficios de medicamentos recetados, llame a Servicios para Miembros. Puede encontrar información adicional sobre el costo compartido de medicamentos recetados, incluidos copagos, límites de desembolso, programa de pedidos por correo, limitaciones y exclusiones, en el *Programa de Beneficios*.

El protocolo de terapia escalonada cumple con todos los requisitos legales, incluidos el proceso de solicitud de excepciones, el derecho a apelación acelerada por una determinación adversa, y el derecho a revisión externa por denegación de excepciones. No se aplican medicamentos recetados asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro ni afecciones relacionadas.

Algunos medicamentos recetados podrían estar limitados a una farmacia especializada o a una farmacia específica, según aprobación de la FDA. Estos medicamentos se identificarán en el *Formulario* con dichas limitaciones.

Si un Miembro recibió atención de emergencia fuera del área y se le surtó una receta, deberá presentar el reclamo para su reembolso dentro del plazo de un (1) año (365 días) desde la fecha del servicio. El reclamo debe incluir una declaración detallada de gastos.

Hay ciertos medicamentos que la ley no exige que estén cubiertos. Estos medicamentos están relacionados con el tratamiento del cáncer, la diabetes y el abandono del tabaquismo. Consulte las secciones de este Contrato y su *Programa de Beneficios* para informarse sobre estos medicamentos recetados cubiertos.

Usted debe pagar sus medicamentos recetados cubiertos según el menor de los siguientes:

- El copago;
- El monto de reclamo permitido para el medicamento recetado; o
- La cantidad que pagaría si comprara el medicamento sin utilizar su cobertura de salud.

Si recibe un suministro parcial de un medicamento recetado, el monto del costo compartido se prorrateará según el número de días de suministro efectivamente dispensado. Si necesita gotas oftálmicas para tratar una enfermedad o afección ocular crónica, podrá surtir las nuevamente:

- No antes del día veintiuno (21) luego de la fecha de dispensación de una receta para 30 días;
- No antes del día cuarenta y dos (42) para una receta de 60 días;
- No antes del día sesenta y tres (63) para una receta de 90 días.

Hemos establecido un plan de sincronización de medicamentos, cuyo propósito es coordinar el llenado o resurtido de múltiples recetas.

Los medicamentos de uso no indicado en la etiqueta (“off-label”) son beneficios cubiertos cuando han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para al menos una indicación y están reconocidos para el tratamiento de la indicación para la cual se recetan en un compendio estándar de referencia de medicamentos o en literatura médica revisada por pares y ampliamente aceptada. El medicamento debe ser recetado para tratar un servicio cubierto y debe ser medicamento necesario. No se denegará la cobertura exclusivamente por no estar incluido en el *Formulario*.

Si lo solicita, proporcionaremos información sobre un medicamento recetado cubierto a usted o a su proveedor, incluyendo el Formulario correspondiente y cualquier alternativa del Formulario.

No negaremos, retrasaremos ni restringiremos una solicitud de información de usted o su proveedor sobre medicamentos recetados. Tampoco se aplicará penalización alguna por obtener información o por elegir un medicamento alternativo clínicamente apropiado.

Protocolo de terapia escalonada para medicamentos recetados para tratar enfermedades mentales graves

Esta sección se aplica solo a medicamentos recetados para tratar diagnósticos de enfermedades mentales graves en miembros de 18 años o más.

La cobertura no requerirá que usted:

- No responda exitosamente a más de un medicamento diferente para cada medicamento recetado (excluyendo equivalentes genéricos o farmacéuticos); o
- Demuestre un historial de fracaso con más de un medicamento diferente por cada medicamento recetado (excluyendo equivalentes genéricos o farmacéuticos).

Podremos implementar un protocolo de terapia escalonada para requerir una prueba de un medicamento genérico o equivalente farmacéutico como condición para la cobertura continua del medicamento recetado solo:

- Una vez por año del plan; y
- Si dicho medicamento se incorpora al Formulario del plan.

Medicamentos administrados por médicos

Para afiliados con afecciones crónicas, complejas, raras o potencialmente mortales, no se requerirá que:

- Los medicamentos sean dispensados solo por ciertas farmacias o farmacias de la red;
- Se limite o excluya la cobertura si el medicamento es dispensado fuera de la red;
- Un proveedor de la red deba facturar o ser reembolsado bajo el beneficio de farmacia en lugar del beneficio médico, sin:
 - El consentimiento informado por escrito del paciente; y
 - Una certificación escrita del proveedor que indique que una demora no pondrá en riesgo la salud del paciente;
- Tampoco se requerirá que usted pague tarifas adicionales, copagos o coseguros más altos, un segundo copago, o cualquier otro incremento por medicamentos administrados por el médico según su elección de farmacia.

Esto aplica solo si el proveedor determina que:

- Un retraso podría causar progresión de la enfermedad; o
- El uso de una farmacia de la red podría:
 - Causar daño o riesgo de muerte;
 - Representar una barrera para su cumplimiento del tratamiento; o
 - Requerir otra farmacia por cuestiones de tiempo de entrega o dosificación.

Nada en esta sección

- autoriza a una persona a administrar medicamentos si lo prohíben leyes estatales o federales,
- ni modifica los requisitos legales de administración, delegación o supervisión de medicamentos.

Cirugía reconstructiva

Este Plan cubrirá los servicios médicamente necesarios para una cirugía de la cual se pueda esperar razonablemente una mejora en la función fisiológica, y que se realice para corregir trastornos funcionales derivados de lesiones accidentales, defectos congénitos o enfermedades. Los beneficios de cirugía reconstructiva son limitados e incluyen:

- Tratamiento para corregir defectos ocasionados por una lesión accidental sufrida por el Miembro; o
- Tratamiento quirúrgico reconstructivo tras una cirugía por cáncer; o
- Cirugía realizada en un recién nacido para tratar o corregir un defecto congénito; o
- Cirugía realizada en un hijo Dependiente cubierto (que no sea un recién nacido) menor de diecinueve (19) años para tratar o corregir un defecto congénito, excluyendo afecciones del seno; o
- Reconstrucción de la mama en la que se haya realizado una mastectomía; cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; así como prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

Cirugías reconstructivas para anomalías craneofaciales

El Plan cubre la “cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales”, definida como aquella cirugía que tiene por objeto 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 terapia física, del habla, ocupacional, cardíaca y pulmonar. Estas terapias están cubiertas por el Plan siempre que se determine que pueden producir una mejora significativa en la condición física del Miembro. Los servicios pueden ser necesarios a raíz de una lesión, una cirugía o una condición médica aguda. La terapia ocupacional relacionada se proporciona con el objetivo de capacitar a los Miembros en la realización de 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. Dichos servicios deben ser médicamente necesarios, contar con preautorización y ser proporcionados por un proveedor autorizado y calificado. Los servicios cubiertos están limitados según lo indicado en el *Programa de Beneficios* e incluyen:

- Alojamiento y comida en habitación semiprivada;
- Servicios de enfermería especializada y general;
- Visitas médicas;
- Terapia de rehabilitación limitada;
- Radiografías; y
- Administración de medicamentos, fármacos, productos biológicos y líquidos cubiertos.

Asesoramiento/Programa para dejar de fumar

Se incluyen servicios de diagnóstico y asesoramiento para dejar de fumar conforme a lo descrito a continuación, así como ciertos medicamentos incluidos en el *Formulario*.

Servicios de diagnóstico necesarios para identificar el uso del tabaco, las condiciones derivadas del mismo y la dependencia.

Asesoramiento grupal, incluidas clases o acceso a una línea telefónica para dejar de fumar (“Quit Line”), disponibles a través de proveedores participantes. No se aplican costos compartidos ni hay límites monetarios o de cantidad de visitas.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

Trasplantes

El Plan cubrirá los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cuando se autoricen previamente según corresponda y se reciban en instalaciones aprobadas por el Plan dentro de los Estados Unidos. El receptor de un trasplante de órganos debe ser Miembro al momento de recibir los servicios. El término receptor incluye a un Miembro que recibe servicios autorizados relacionados con trasplantes durante cualquiera de las siguientes etapas:

- evaluación
- candidatura
- evento de trasplante, o
- 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 hospitalarios para el receptor. Este Plan también cubre la obtención de órganos necesarios para trasplantes de órganos o tejidos entre personas. Los tipos de trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado y páncreas.

Autorización previa

Los servicios de trasplante deben ser autorizados previamente por el Plan. La autorización previa se basa en una evaluación realizada por una instalación de trasplantes aprobada por el Plan y en las guías médicas correspondientes basadas en evidencia científica.

Un Miembro puede solicitar autorización al plan de salud para figurar en una lista doble de trasplante. La segunda lista debe estar vinculada a una Organización de Obtención de Órganos diferente o separada. Aunque se autorice la lista doble, el pago se efectuará únicamente a una instalación por el evento real del trasplante.

Costos de obtención de órganos

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

Viajes de trasplante

Los gastos de viaje relacionados con un trasplante preaprobado están cubiertos hasta un límite de por vida de \$10,000. Los beneficios por concepto de transporte, alojamiento y alimentos están disponibles únicamente para los Miembros que sean receptores de un trasplante de órganos o

tejidos preaprobado de un proveedor aprobado por el Plan. Por lo general, el Plan debe autorizar previamente el viaje de trasplante.

Los gastos de viaje cubiertos para un Miembro receptor del trasplante incluyen:

- Transporte hacia y desde el lugar del trasplante, incluidos los cargos por un automóvil de alquiler durante el período de atención;
- Alojamiento durante la estadía o el traslado hacia y desde el sitio del trasplante;
- Alimentos mientras se encuentre en el sitio del trasplante o durante el viaje hacia o desde dicho sitio.

El Plan también cubrirá los gastos de viaje de un acompañante que acompañe al paciente según lo indicado anteriormente. Para pacientes menores de edad, se permite la cobertura de viaje para el menor y uno o ambos padres, o bien un padre y un acompañante designado. Un acompañante puede ser el cónyuge, un familiar, un tutor legal, o una persona no relacionada con el Miembro pero que participe activamente en su cuidado.

Se excluyen de la cobertura los siguientes gastos:

- Costos de viaje por traslados dentro de un radio de sesenta (60) millas desde el hogar del Miembro;
- Facturas de lavandería;
- Facturas telefónicas;
- Productos de alcohol o tabaco; y
- Cargos por transporte que excedan las tarifas de clase económica (coach).

Medicamentos inmunosupresores para trasplantes de órganos

El Plan cubrirá medicamentos inmunosupresores para pacientes hospitalizados que reciban trasplantes de órganos. Es posible que los medicamentos recetados también estén cubiertos. Consulte su *Programa de Beneficios* para obtener información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados.

Cobertura prohibida

El Plan no cubrirá un trasplante de órganos humanos ni la atención posterior al trasplante si:

- La operación de trasplante se realiza en China o en otro país identificado por el comisionado de los servicios de salud estatales como participante en la sustracción forzada de órganos; o
- El órgano humano que se va a trasplantar fue obtenido mediante venta o donación proveniente de China u otro país involucrado en la sustracción forzada de órganos, según la designación del comisionado.

Atención de la vista

- Se cubre un examen de la vista de bienestar por año para niños, y uno cada veinticuatro (24) meses para adultos.
- Se cubre un par de anteojos por año para niños, y uno cada veinticuatro (24) meses para adultos.
- También se cubren los servicios de la vista para niños dependientes que sean considerados beneficios de salud esenciales.

Cuidado de la salud de la mujer

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

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

- Atención prenatal, incluidos suplementos nutricionales que sean médicamente necesarios y estén recetados por un médico.
- Mamografías para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía de baja dosis, incluida la mamografía digital y la tomosíntesis mamaria, realizados en un centro de imágenes designado; y mamografías para fines de detección y diagnóstico, incluidas, entre otras, mamografías de baja dosis realizadas en centros de imágenes designados y aprobados. Como mínimo, el Plan cubrirá una mamografía anual para personas de treinta y cinco (35) años o más. Las mamografías con fines de diagnóstico no tienen límite de edad;
- Asesoramiento sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con mayor riesgo;
- Exámenes de detección citológica (pruebas de Papanicolaou), que incluyen pruebas de detección del virus del papiloma humano (VPH) para determinar la presencia de afecciones precancerosas o cancerosas, y otros problemas de salud, incluido el análisis de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más, o mujeres con riesgo de cáncer o de otras afecciones de salud que pueden identificarse mediante una detección citológica;
- Vacuna contra el virus del papiloma humano disponible para Miembros femeninas de nueve (9) a catorce (14) años;
- Pruebas genéticas y asesoramiento genético para cáncer de mama y ovario, basados en antecedentes familiares;
- Detección de diabetes gestacional;
- Asesoramiento y pruebas de detección para el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Asesoramiento y detección para violencia y abuso interpersonal y doméstico;
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención hospitalaria después de una mastectomía, y veinticuatro (24) horas de atención hospitalaria después de la disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama; y
- Servicios relacionados con la mastectomía, incluidos todas las etapas de la reconstrucción, cirugía para lograr una apariencia simétrica entre los senos, prótesis y tratamiento de complicaciones físicas resultantes de la mastectomía, incluidos los linfedemas;
- Acceso directo a atención obstétrica y ginecológica calificada para Miembros femeninas.
- Control de natalidad:
 - Un suministro único de tres meses del medicamento anticonceptivo recetado cubierto la primera vez que el Miembro obtenga el medicamento.
 - Un suministro de 12 meses del medicamento anticonceptivo recetado cubierto, entregado de una sola vez cada vez que el Miembro obtenga el mismo medicamento, independientemente de si estaba inscrito en el plan de beneficios de salud la primera vez que lo obtuvo.
 - Un Miembro podrá obtener solamente un suministro de doce (12) meses de un medicamento anticonceptivo recetado cubierto durante cada período de doce (12) meses.

Atención de maternidad

La atención de maternidad está cubierta según lo indicado en su *Programa de Beneficios*. Usted tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad que se enumeran en esta sección. Los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados pueden requerir autorización previa por parte del Plan antes de que se presten; sin embargo, no se requiere autorización previa para:

- Cuarenta y ocho (48) horas de atención hospitalaria después de un parto vaginal, o noventa y seis (96) horas de atención hospitalaria después de una cesárea, o
- Atención posparto.

Atención de maternidad prenatal

La cobertura para la atención prenatal incluye lo siguiente:

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

Cada visita al consultorio debe incluir asesoramiento y educación prenatal, exámenes y evaluaciones necesarios y apropiados, incluyendo revisión de antecedentes médicos, examen físico, y procedimientos de laboratorio y diagnóstico, según lo considere apropiado el proveedor o profesional participante. Todo lo anterior se realiza con base en criterios médicos reconocidos que correspondan al grupo de riesgo al que pertenezca la paciente.

Las complicaciones del embarazo están cubiertas en este Contrato de la misma forma que cualquier otra enfermedad o padecimiento. Se consideran complicaciones del embarazo aquellas condiciones que requieren hospitalización (cuando el embarazo no se interrumpe); tienen diagnósticos distintos al embarazo, pero que se ven afectadas negativamente por el embarazo o son causadas por el embarazo, como por ejemplo: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y otras condiciones médicas y quirúrgicas de gravedad comparable. No se consideran complicaciones del embarazo (y por lo tanto no están cubiertas como tales): trabajo de parto falso, sangrado intermitente (manchado), reposo prescrito por el médico durante el embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y otras condiciones relacionadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyen una complicación nosológicamente distinta. Sí se consideran complicaciones cubiertas: cesárea no electiva, interrupción del embarazo ectópico, e interrupción espontánea del embarazo, siempre que ocurra durante un período de gestación en el cual no es posible un nacimiento viable.

Atención obstétrica

La atención de maternidad incluye la cobertura de la atención obstétrica, incluidos los servicios proporcionados por médicos participantes, enfermeras parteras certificadas con licencia participantes y servicios médicamente necesarios asociados directamente con el parto, incluyendo el uso de salas de parto participantes.

Servicios proporcionados por una Enfermera Partera Certificada con Licencia

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

- La enfermera partera certificada con licencia debe ser un proveedor participante.
- Los servicios deben prestarse bajo la supervisión de un obstetra con licencia participante o un proveedor de medicina familiar con licencia.
- Los servicios deben proporcionarse en preparación para, o en relación con, el parto de un recién nacido en un sitio cubierto por este beneficio de maternidad.
- A los efectos de este beneficio, los únicos sitios permitidos para el parto son un hospital participante, o un centro de maternidad autorizado. Los honorarios combinados de la enfermera partera certificada con licencia y cualquier médico tratante o supervisor, por todos los servicios brindados antes, durante y después del parto, no podrán exceder los honorarios permitidos que se habrían pagado al médico si él o ella hubiese sido el único proveedor de dichos servicios.

Servicios de parto

Se cubren los servicios médicos, quirúrgicos y hospitalarios durante el embarazo, el parto y el período posparto, incluidos: parto normal, aborto espontáneo (pérdida natural del embarazo) y complicaciones del embarazo. La cobertura incluye un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas de atención hospitalaria tras un parto vaginal, y noventa y seis (96) horas de atención hospitalaria tras una cesárea. Cualquier decisión de acortar el período de hospitalización para la madre o el recién nacido debe ser tomada por el médico tratante o proveedor en consulta con la madre, e incluir la provisión de atención posparto adecuada, que podrá realizarse en el hogar de la madre, el consultorio médico, un centro de atención médica, u otro lugar apropiado.

El transporte, incluido el aéreo, está cubierto para mujeres embarazadas de alto riesgo médico con parto inminente de un bebé potencialmente viable, hacia el centro de atención médica más cercano debidamente autorizado. También está cubierto en situaciones en las que sea necesario para proteger la vida del bebé, hacia el centro de atención terciaria más cercano disponible.

Atención posparto

La atención de maternidad incluye visitas posparto. La atención de maternidad incluye visitas posparto, incluyendo visitas domiciliarias, según las evaluaciones aceptadas por médicos maternos y neonatales. La atención debe ser brindada por una persona con licencia apropiada, capacitación y experiencia para brindar atención posparto. Los servicios proporcionados por esta persona incluirán, entre otros, educación a los padres, asistencia y capacitación en la lactancia materna y alimentación con biberón y realización de pruebas clínicas necesarias y apropiadas.

La cobertura para la atención posparto en el hogar incluye un mínimo de tres (3) visitas domiciliarias, a menos que el médico tratante o una persona con la licencia, capacitación y experiencia adecuadas para brindar atención posparto, y la madre, determinen que una o dos visitas domiciliarias son suficientes. Las visitas domiciliarias deberán llevarse a cabo dentro del período de tiempo indicado por el médico tratante o por la persona con licencia, capacitación y experiencia adecuadas para proporcionar atención posparto.

Apoyo, suministros y asesoramiento para la lactancia materna

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

- La Miembro debe tener una receta médica para un extractor de leche manual, suministros y asesoramiento, que sirva para demostrar que la Miembro dio a luz.

- A la Miembro se le proporcionará un extractor de leche manual. Se permite un extractor de leche manual de reemplazo por cada nacimiento posterior. Se permite un conjunto de suministros asociados de reemplazo por Miembro por año. Los suministros incluyen artículos tales como: extractor de leche, tubos y toallas sanitarias.
- Si se considera médicamente necesario que la Miembro utilice un extractor de leche eléctrico, se aplicará el beneficio correspondiente a Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment) de la Miembro, el cual puede incluir un costo compartido.

El asesoramiento, los suministros y los servicios de apoyo para la lactancia materna están cubiertos durante los períodos prenatal, perinatal y posparto, de conformidad con las directrices del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). No existe un límite de tiempo; la cobertura se basa en la necesidad médica y las recomendaciones clínicas.

Detección de alfafetoproteína IV

La prueba de detección de alfafetoproteína IV para mujeres embarazadas detecta ciertas anomalías genéticas en el feto. Esta prueba generalmente se realiza entre la decimosexta (16^a) y la vigésima (20^a) 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 estar en estado de “colocación para adopción”. Esto incluye la circuncisión para los varones recién nacidos, así como la atención y el tratamiento necesarios de defectos congénitos y anomalías de nacimiento 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 que estén enumerados en el Formulario, según lo indique el proveedor/profesional participante tratante.

Continuidad de la atención

Si un proveedor o profesional participante finaliza su contrato con el Plan, continuaremos reembolsándole por brindar tratamiento médicamente necesario a un Miembro que se encuentre en una “circunstancia especial”. “Circunstancia especial” se refiere a una condición que, según el juicio razonable del proveedor o profesional tratante, podría ocasionar daño al Miembro si se interrumpe la atención (incluyendo, entre otras, una discapacidad, afección aguda, enfermedad potencialmente mortal o embarazo).

El Plan continuará cubriendo los servicios cubiertos hasta el último de los siguientes casos:

- El nonagésimo (90) día después de la fecha efectiva de terminación de la red de proveedores;
- Si la Miembro ha sido diagnosticada con una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve (9) meses después de la fecha de vigencia de la terminación; o
- Si la 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 (6) semanas.

En el caso de que un Miembro esté siendo atendido por un médico o proveedor que esté pendiente de terminación del plan, CHRISTUS Health Plan notificará al Miembro.

Beneficios adicionales para el cuidado de la salud de la mujer

Atención de la mastectomía

El Plan ofrecerá cuarenta y ocho (48) horas de atención hospitalaria para una mastectomía; y veinticuatro (24) horas de atención hospitalaria después de la disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama. El Plan también cubrirá los servicios relacionados con la mastectomía; incluyendo todas las etapas de la reconstrucción mamaria y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas; prótesis; y cualquier complicación resultante de una mastectomía, incluido el linfedema. Las solicitudes de reconstrucción después de la reconstrucción inicial tras la mastectomía requieren autorización previa, y la información clínica debe ser revisada por un Director Médico para determinar su necesidad médica. Las solicitudes que no sean una reconstrucción inicial y que sean de naturaleza cosmética no son un beneficio cubierto.

Cobertura de osteoporosis

Servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento y manejo adecuado de la osteoporosis cuando sea médicamente necesario.

AVISO ESPECIAL SOBRE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCTIVA

CHRISTUS Health Plan es una filial de un sistema de atención médica católico, que está sujeto a las Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos. En función de las creencias religiosas, limitamos la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier asesoramiento o derivación para dichos servicios, cuando se realizan con fines de planificación familiar. Sin embargo, algunos de estos servicios están designados por la ley federal como beneficios de salud 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 (utilizados durante el coito), como diafragmas y esponjas;
 - Métodos hormonales, como píldoras anticonceptivas y anillos vaginales;
 - Dispositivos implantados, como dispositivos intrauterinos (DIU);
 - Anticoncepción de emergencia, como Plan B[®] y Ella[®];
 - Procedimientos de esterilización;
 - Educación y asesoramiento al paciente.

El aborto directo no es un beneficio cubierto.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle sobre ciertas coberturas y/o beneficios proporcionados por su Contrato con nosotros.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

Estadía mínima de pacientes hospitalizados: Si debido al tratamiento del cáncer de mama, cualquier persona cubierta por nosotros se somete a una mastectomía o una disección de ganglios linfáticos, proporcionaremos cobertura para la atención hospitalaria por un mínimo de:

- Cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía, y
- Veinticuatro (24) horas después de una disección de ganglios linfáticos.

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

Prohibiciones: No podemos:

- Negar a cualquier persona cubierta la elegibilidad o la elegibilidad continua o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar las horas mínimas de hospitalización;
- Proporcionar pagos o reembolsos en dinero para alentar a cualquier persona cubierta a aceptar menos del mínimo de horas de hospitalización;
- Reducir o limitar la cantidad pagada al médico tratante, o penalizar al médico, porque el médico requirió que una persona cubierta recibiera las horas mínimas de hospitalización; o
- Proporcionar incentivos financieros o de otro tipo al médico tratante para alentarlos a brindar atención que sea inferior al mínimo de horas.

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

Se proporciona cobertura y/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 ha realizado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico; y
- prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluidos linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

La cobertura y/o los beneficios deben proporcionarse de una manera que se determine apropiada en consulta con la persona cubierta y el médico tratante.

Prohibiciones: No podemos:

- ofrecer a la persona cubierta un incentivo financiero para renunciar a la reconstrucción mamaria o renunciar a la cobertura y/o los beneficios que se muestran arriba;
- condicionar, limitar o negar la elegibilidad o la elegibilidad continua de cualquier persona cubierta para inscribirse en el plan o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar la cobertura y/o los beneficios que se muestran arriba; o
- reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, ni penalizar ni proporcionar un incentivo financiero para inducir al médico o proveedor a brindar atención a una persona cubierta de una manera inconsistente con la cobertura y/o los beneficios que se muestran arriba.

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

Su contrato, según lo exige la Ley Federal de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluido el linfedema).

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

Se proporcionan 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; y
- una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que
 - tenga al menos cincuenta (50) años de edad; o
 - tenga al menos cuarenta (40) años de edad con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata.

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

CHRISTUS cubrirá los servicios de preservación de la fertilidad para una persona cubierta que haya sido diagnosticada o se someta a un tratamiento médico para el cáncer que puede causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica. Cubriremos el costo asociado con el almacenamiento de ovocitos y espermatozoides durante un mínimo de tres (3) años.

Hospitalización después del nacimiento de un hijo

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

- Cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- Noventa y seis (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 dé a luz en un hospital u otro centro de atención médica o permanezca en dicho centro durante la cantidad mínima de horas después del nacimiento del niño.

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido son dados de alta antes de que expiren las cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (96) horas, proporcionaremos cobertura para la atención posterior al parto. La atención posterior al parto incluye: educación a los padres, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón, y realización de las pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención será proporcionada por un médico, enfermera registrada u otro proveedor de atención médica con licencia apropiado, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su hogar, en el consultorio del proveedor o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos:

- modificar los términos de esta cobertura en función de que cualquier persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima requerida;
- ofrecer a la madre incentivos financieros u otra compensación por la exención del número mínimo de horas requeridas;
- negarnos a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de atención hospitalaria hecha en consulta con la madre si el período recomendado no excede las pautas para atención prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales reconocidas de obstetras y ginecólogos o pediatras;

- reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tarifa habitual y acostumbrada; o
- penalizar a un médico por recomendar atención hospitalaria para la madre y/o el niño recién nacido.

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Se proporcionan beneficios para cada persona inscrita en el plan que tenga cuarenta y cinco (45) años de edad o más. Incluye cobertura para todos los exámenes de cáncer colorrectal, servicios preventivos y pruebas de laboratorio con una calificación “A” o “B” del USPSTF para personas de riesgo promedio. Los beneficios incluyen:

- una colonoscopia inicial u otra prueba o procedimiento médico para la detección del cáncer colorrectal, y
- una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la prueba inicial son anormales.

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

Se proporciona cobertura a cada mujer inscrita en el plan que tenga dieciocho (18) años de edad o más para los gastos incurridos por un examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer de ovario y cuello uterino. La cobertura incluye:

- un análisis de sangre CA 125;
- y, como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una prueba de detección con métodos de citología de base líquida, aprobada por la FDA, sola o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano;
- cualquier otra prueba o examen de detección aprobado por la FDA para la detección del cáncer de ovario.

Si alguna persona cubierta por este plan tiene preguntas sobre lo anterior, por favor llámenos al 1-844-282-3025, o escríbanos 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 que sean médicamente necesarios. Esta sección de EXCLUSIONES enumera los servicios que están específicamente excluidos de la cobertura conforme a este Contrato. Todos los demás beneficios y servicios que no se enumeran específicamente en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato también se consideran 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 que se proporcione el servicio o artículo.

Los siguientes están específicamente excluidos de la cobertura:

- **Acupuntura**
- **Servicios de atención de accidentes y emergencias**
 - Uso de un centro de emergencia para servicios que no sean de emergencia (incluidos, entre otros, la atención de urgencia u observación)
- **Autopsias y Servicios de Ambulancia**
 - Costos de autopsia para Miembros fallecidos.
 - Servicios de ambulancia hacia la oficina del forense o una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes de la declaración de muerte por parte de una persona autorizada conforme a la legislación estatal para hacer dicha declaración.
- **Cirugía bariátrica**
- **Antes o después del período de cobertura**
 - Servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de inicio de la cobertura conforme a este Contrato o después de la fecha de entrada en vigencia de la terminación de la cobertura.
- **Ensayos clínicos**
 - Cualquier ensayo clínico realizado fuera del estado de Texas, así como aquellos que no cumplan con los requisitos establecidos en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
 - Costos de ensayos clínicos que habitualmente son cubiertos por entidades gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
 - Servicios de proveedores no participantes, a menos que los servicios no estén disponibles a través de un proveedor participante. Por lo general, se requiere autorización previa para cualquier servicio fuera de la red, el cual debe prestarse dentro del estado de Texas.
 - Costos relacionados con medicamentos, dispositivos o procedimientos en investigación no aprobados por la FDA que no estén exentos de presentar una solicitud de nuevo medicamento en investigación.
 - Costos asociados con la gestión del asociado de investigación del ensayo clínico.
 - Costos de las pruebas necesarias para la investigación del ensayo clínico.
 - Costos pagados o no facturados por los proveedores del ensayo clínico.
- **Beneficios de atención hospitalaria certificada**
 - Alimentos, alojamiento y comidas a domicilio.
 - Servicios voluntarios.
 - Artículos personales o de comodidad.

- Servicios de ama de casa o limpieza.
- Servicios de enfermería privada.
- **Ropa o dispositivos de protección**
 - Ropa u otros dispositivos de protección, incluidos ropa fotoprotectora, polarizado de parabrisas, artefactos de iluminación u otros artículos o dispositivos, estén recetados o no.
- **Terapias complementarias**
 - Acupuntura, excepto según lo especificado en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Servicios quiroprácticos, excepto según lo especificado en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Biorretroalimentación (biofeedback), excepto según lo especificado en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía estética**
 - Terapias, medicamentos o procedimientos cosméticos con el propósito de modificar la apariencia.
 - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico cuyo propósito principal sea modificar la apariencia y que no se realice para corregir trastornos funcionales derivados de una lesión, defecto congénito o enfermedad.
 - La cirugía reconstructiva posterior a una mastectomía no se considera cirugía estética y estará cubierta, al igual que los procedimientos cosméticos para las condiciones mencionadas anteriormente con el fin de corregir la función, mejorar la apariencia o restaurar la forma (incluso si no se restaura la función) debido a un defecto ocasionado por lesión, enfermedad o defecto congénito.
- **Circuncisiones**
 - Realizadas fuera del período de hospitalización del recién nacido, a menos que sean médicamente necesarias.
- **Servicios dentales**
 - No hay cobertura dental de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales están contemplados como BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - La atención dental y las radiografías dentales están permitidas únicamente para niños, según se especifica en la sección BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Equipo médico duradero (DME)**
 - Equipo médico duradero mejorado o de lujo
 - Artículos de conveniencia, incluidos aquellos destinados a brindar comodidad o facilidad, y que no son principalmente de naturaleza médica, como asientos de ducha, barras de apoyo para bañeras, parasoles para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales, entre otros artículos.
 - Artículos duplicados de equipo médico duradero.
 - Reparación o reemplazo de equipo médico duradero debido a pérdida, negligencia, uso indebido, maltrato, o con el fin de mejorar su apariencia o conveniencia.
 - Reparación o reemplazo de artículos cubiertos por la garantía del fabricante o proveedor.
 - Sillas de ruedas adicionales si el Miembro ya posee una silla de ruedas funcional.
- **Cargos excesivos**
 - Cargos o costos que excedan los montos usuales, acostumbrados y razonables.

- **Equipos y servicios de ejercicio**
 - Equipos de ejercicio, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas para la reducción de peso.
- **Medicamentos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o servicios experimentales, en investigación o no comprobados**
- **Terapia de ondas de choque extracorpóreas**
- **Cuidado de los pies**
 - Cuidado rutinario de los pies, como el tratamiento de pies planos u otras desalineaciones estructurales, o la eliminación de callos y durezas, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
- **Caída del cabello**
 - Tratamientos, medicamentos, suministros y dispositivos para la caída del cabello o la calvicie, independientemente de la causa médica de dicha condición.
- **Servicios de atención médica domiciliaria**
 - Atención de custodia que puede ser brindada por personal médico no licenciado para ayudar con las actividades normales de la vida diaria.
 - Cuidado de relevo.
- **Servicios hospitalarios**
 - Rehabilitación como parte del proceso de desintoxicación médica aguda.
- **Servicios de infertilidad**
 - La cobertura y los beneficios de preservación de la fertilidad están incluidos para las personas cubiertas que han sido diagnosticadas con cáncer o que se encuentran en tratamiento médico para el cáncer que pueda causar infertilidad iatrogénica directa o indirectamente.
- **Cuidado a largo plazo**
 - No está cubierto ni para adultos ni para niños.
- **Atención médica masculina**
 - Cobertura anticonceptiva.
 - Servicios de planificación familiar.
 - Procedimientos de esterilización.
- **Salud mental y abuso de alcohol y sustancias**
 - Tratamiento de la codependencia.
 - Consejería por duelo o sexual.
 - Pruebas psicológicas cuando no sean médicamente necesarias.
 - Educación especial, evaluaciones o pruebas escolares, consejería, terapia o atención por deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o de conducta.
 - Tratamiento en un centro de rehabilitación de transición.
 - Servicios para el abuso de alcohol o sustancias (excepto según lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS)
 - Tratamiento en un centro de rehabilitación de transición.
 - Tratamiento de la codependencia.
 - Consejería por duelo o sexual.
 - Tratamiento ordenado por un tribunal, o tratamiento que sea una condición de libertad condicional o libertad provisional en lugar de una sentencia, a menos que la solicitud provenga de un proveedor de atención médica calificado.
 - Cualquier tratamiento para el alcoholismo o abuso de sustancias que exceda los episodios máximos de tratamiento permitidos bajo este Contrato.

- **Discapacidades del servicio militar**
 - Atención para discapacidades relacionadas con el servicio militar a las que tenga derecho legalmente y para las cuales haya instalaciones razonablemente disponibles.
- **Apoyos nutricionales y suplementos**
 - Alimentos para bebés (incluyendo fórmula o leche materna) u otros productos comestibles regulares que puedan utilizarse con el sistema enteral para alimentación oral o por sonda.
- **Servicios fuera de la red no autorizados**
 - Servicios recibidos fuera de la red que requieran autorización previa, si dicha autorización no fue obtenida.
- **Aparatos ortopédicos**
 - Órtesis funcionales para los pies, incluidas las utilizadas para fascitis plantar, pie plano (pes planus), espolones calcáneos y otras afecciones; zapatos ortopédicos o correctivos, soportes para el arco, dispositivos ortopédicos para zapatos, ortesis plantares y férulas o aparatos ortopédicos hechos a medida, excepto para Miembros con diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
 - Órtesis personalizadas, excepto las órtesis de rodilla-pie-tobillo (KAFO) y/o tobillo-pie (AFO) para Miembros que cumplan con las pautas reconocidas a nivel nacional.
- **Medicamentos recetados**
 - Nuevos medicamentos para los cuales aún no se han establecido los criterios de cobertura.
 - Medicamentos y productos de venta libre (Over the counter, OTC), excepto los incluidos en el *Formulario*.
 - Medicamentos recetados que requieren autorización previa, si no se obtuvo dicha autorización.
 - Medicamentos recetados adquiridos fuera de los Estados Unidos.
 - Medicamentos recetados de reemplazo debido a pérdida, robo o destrucción.
 - Medicamentos recetados, tratamientos o dispositivos que determinemos como experimentales, en investigación o no comprobados.
 - Suministros médicos desechables, excepto cuando sean provistos en un hospital o en el consultorio de un proveedor participante.
 - Tratamientos y medicamentos con fines de reducción o control de peso, excepto según lo especificado en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Suplementos nutricionales según lo prescrito por el proveedor tratante o como única fuente de nutrición.
 - Fórmula infantil, bajo cualquier circunstancia.
 - Medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción sexual o infertilidad.
 - Medicamentos recetados con fines cosméticos.
- **Servicios para proveedores**
 - Servicios proporcionados por un proveedor al que se le prohíbe participar en Medicare y/u otros programas de atención médica debido a violaciones del programa.
 - Visitas telefónicas, excepto como se establece en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Correos electrónicos por parte de un proveedor o consultas telefónicas por las que se le cobre al paciente.
 - Visitas de conocimiento sin evaluación física ni intervención diagnóstica o terapéutica.

- **Dispositivos protésicos**
 - Ayudas artificiales, incluidos los dispositivos de síntesis del habla, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía Reconstructiva con Fines Cosméticos**
 - Cirugía estética (por ejemplo: aumento mamario, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, cirugía de acné, revisión de cicatrices asintomáticas, microflebectomía, escleroterapia (excepto en venas truncales) y rinoplastia nasal).
- **Rehabilitación y terapia**
 - Entrenadores atléticos o tratamientos realizados por entrenadores atléticos.
 - Servicios de rehabilitación vocacional
 - La terapia a largo plazo, o los servicios de rehabilitación, incluyen el tratamiento de afecciones crónicas o incurables para las cuales la rehabilitación produce un cambio o alivio mínimo o temporal. Si ha alcanzado su máximo potencial de rehabilitación — es decir, un punto en el que es poco probable que ocurra una mejora significativa —, o ha recibido terapia durante cuatro (4) meses consecutivos, cualquier terapia adicional se considera terapia o rehabilitación a largo plazo.
 - Para obtener información sobre el tratamiento de afecciones crónicas como distrofia muscular, síndrome de Down y parálisis cerebral, entre otras, comuníquese con el Plan para analizar la posible cobertura.
- **Servicios cubiertos por otro programa**
 - Servicios para los cuales usted o su Dependiente sean elegibles bajo cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida en que lo determine la ley.
 - Servicios por los cuales, en ausencia de un plan de servicios de salud, no se le cobraría a usted ni a su Dependiente.
- **Disfunción sexual**
 - Tratamiento para la disfunción sexual, que incluye medicamentos, asesoramiento y clínicas.
- **Atención en un centro de enfermería especializada**
 - Atención de custodia o domiciliaria.
- **Terapia del habla**
 - Terapia para la tartamudez.
 - Beneficios adicionales más allá de los enumerados en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Dejar de fumar (excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS)**
 - Hipnoterapia para asesoramiento para dejar de fumar
 - Medicamentos de venta libre, a menos que estén incluidos en el *Formulario*.
 - Acupuntura con fines para dejar de fumar.
- **Servicios de trasplante**
 - Gastos de transporte de Miembros fallecidos
 - Servicios médicos y hospitalarios de un donante de órgano cuando el receptor del trasplante no es Miembro o el procedimiento de trasplante no es un beneficio cubierto.
 - Gastos de viaje y alojamiento, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.

- **Tratamiento mientras está encarcelado**
 - Servicios o suministros que reciba un Miembro mientras esté bajo la custodia de cualquier autoridad policial estatal o federal, incluida la cárcel o prisión.
- **Atención de la vista**
 - Atención visual de rutina y refracciones oculares, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Gafas correctivas o gafas de sol, monturas, lentes, lentes de contacto o accesorios, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
 - Procedimientos refractivos oculares, incluyendo queratotomía radial, procedimientos láser y otras técnicas.
 - Terapia de movimientos oculares.
- **Programas para la pérdida de peso**
 - No está cubierto ni para adultos ni para niños.
- **Cuidado de la salud de la mujer**
 - 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 cualquier circunstancia.

RECLAMACIONES

Aviso de reclamación

Se nos debe notificar por escrito cualquier reclamación dentro de los veinte (20) días posteriores a la ocurrencia o el comienzo de cualquier pérdida cubierta por el Plan, o tan pronto como sea posible o según sea razonablemente posible. La falta de notificación dentro de los veinte (20) días no invalidará ni reducirá una reclamación si la notificación se realiza tan pronto como sea razonablemente posible.

La notificación realizada por el Miembro o en su nombre, ya sea a nosotros o a cualquier agente autorizado del Plan, con información suficiente para identificar al Miembro, se considerará notificación válida para nosotros.

Formularios de reclamación

Puede llamarnos o escribirnos para notificarnos sobre una reclamación. Una vez recibida su notificación, le proporcionaremos a usted, o al Miembro que es el titular de este Contrato, los formularios necesarios para presentar una prueba de pérdida (una “reclamación”). Los formularios se proporcionarán dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción de su notificación. También puede acceder a nuestro sitio web, www.christushealthplan.org, para obtener un formulario de reclamación.

Presentación de reclamaciones

Las reclamaciones por escrito deben proporcionarse dentro de los 365 días posteriores a la fecha del servicio. Sin embargo, en caso de una reclamación por pérdida para la cual proporcionamos algún pago periódico condicionado a la pérdida continua, esta reclamación puede presentarse dentro de los 365 días posteriores a la finalización de cada período por el cual somos responsables. La falta de presentación de una reclamación dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún beneficio si no es razonablemente posible presentar la reclamación dentro de los 365 días, siempre que:

- no haya sido razonablemente posible proporcionar la prueba en ese tiempo; y
- la prueba se presente dentro del plazo de un año desde la fecha en que se requería la prueba de pérdida.

Este límite de un año no se aplicará en ausencia de capacidad jurídica.

Le notificaremos la aceptación o el rechazo de una reclamación a más tardar el decimoquinto (15.º) día hábil después de recibir todos los elementos requeridos.

Pago de reclamaciones

Los beneficios pagaderos conforme a este Contrato se pagarán dentro de los cinco (5) días posteriores a la notificación de aceptación de su reclamación. Cuando el Contrato contemple pagos periódicos, los beneficios se acumularán y se pagarán mensualmente, sujeto a la presentación de una reclamación limpia.

Una reclamación se considerará “limpia” si contiene toda la información requerida por nosotros para tramitar el pago conforme a los beneficios, sin necesidad de información adicional. Por ejemplo, una reclamación puede no ser considerada “limpia” si está incompleta, carece de documentación de registros médicos, es sospechosa o parece fraudulenta, o si sugiere una práctica médica inapropiada por parte del proveedor.

Las reclamaciones presentadas por servicios recibidos por un Miembro fallecido se pagarán de acuerdo con la designación de beneficiario y las disposiciones correspondientes. Si no se proporciona tal designación o disposición, las reclamaciones serán pagaderas al patrimonio del Miembro. Cualquier otra reclamación impaga al momento del fallecimiento del Miembro podrá, a nuestra discreción, ser pagada al beneficiario. Todas las demás reclamaciones se pagarán al Miembro o al proveedor, a nuestra discreción.

No se cobrará ningún cargo adicional al pagador porque el beneficiario elija recibir el pago mediante cheque en papel en lugar de una transacción automatizada por cámara de compensación u otra transferencia electrónica de fondos.

Reclamaciones y pagos por emergencia fuera de la red

Si recibe servicios de atención de emergencia por parte de proveedores no participantes, usted es responsable de presentar la reclamación. La reclamación debe contener un desglose detallado del tratamiento, los gastos y el diagnóstico. La reclamación o declaración detallada debe enviarse 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 una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Podemos cancelar la cobertura por cualquier tipo de actividad fraudulenta realizada 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 sean financieramente responsables; acuerdos o laudos relacionados con la lesión, enfermedad u otra condición del Miembro; demandas por negligencia médica; y otras fuentes de responsabilidad distintas de este Contrato.

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), en la medida del valor de los beneficios médicos que podamos haber pagado. Podemos ejercer este derecho sin el consentimiento del Miembro.

Este derecho incluye, entre otros, los derechos del Miembro en virtud de la cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente; cualquier seguro sin culpa; cobertura de pagos médicos (de automóvil, de propietarios de vivienda o de otro tipo); cobertura de Compensación para Trabajadores; u otro seguro, así como los derechos del Miembro en virtud del Plan para iniciar una acción a fin de aclarar sus derechos conforme a ese seguro.

No estamos obligados de ninguna manera a ejercer este derecho de manera independiente o en nombre del Miembro, pero podemos optar por ejercer nuestros derechos de reembolso a nuestro exclusivo criterio.

El Miembro está obligado a cooperar con nosotros y nuestros agentes para proteger nuestros derechos de subrogación. Cooperar con nosotros significa que usted deberá:

- proporcionarnos cualquier información relevante que se le solicite;
- firmar y entregar los documentos que solicitemos razonablemente para respaldar el reclamo de subrogación;
- obtener el consentimiento del Plan o de sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad por el pago de gastos médicos.

Si el Miembro entabla un litigio o negociaciones de conciliación con respecto a las obligaciones de otras partes, no deberá 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, incluida la firma de cualquier documento exigido en este documento, el Miembro deberá reembolsar a CHRISTUS Health Plan (CHP) el valor de los beneficios que hayamos pagado.

Si usted sufre un accidente y otra persona o entidad pudiera ser legalmente responsable ante usted, notifique de inmediato a los Servicios de Subrogación del Plan en:

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

Se deberá presentar prueba escrita de la pérdida a la aseguradora en su oficina correspondiente en caso de reclamo por pérdida para la cual este contrato proporcione pagos periódicos supeditados a una pérdida continua, dentro de los noventa (90) días posteriores a la finalización del período de responsabilidad de la aseguradora, y en caso de cualquier otra pérdida, dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha de dicha pérdida. No proporcionar dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si no fue razonablemente posible proporcionarla dentro de ese tiempo, siempre que dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y, en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más de un año después del momento en que normalmente se requeriría la prueba.

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de este contrato por cualquier pérdida distinta de aquella para la cual este contrato establece pagos periódicos, se pagarán inmediatamente después de recibir la prueba escrita correspondiente. Sujeto a la debida prueba escrita de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdidas para las que este contrato establece pagos periódicos se pagarán mensualmente, y cualquier saldo restante impago al finalizar la responsabilidad se pagará inmediatamente al recibir la prueba escrita correspondiente.

El Plan podrá buscar reembolso a través de la cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente o mediante cobertura de pagos médicos únicamente si el individuo cubierto o su familia inmediata no pagaron las primas de dicha cobertura.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

Esta sección del Contrato se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica en más de un plan de salud. El “plan de salud” se define a continuación.

Las reglas de esta sección rigen el orden en que cada plan de salud, incluido este Plan, pagará un reclamo de beneficios. El proceso de orden se llama “COB” (Coordinación de Beneficios).

El plan de salud que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su contrato, sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan de salud pueda cubrir algunos gastos.

El plan de salud que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga para que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 por ciento del gasto total permitido.

Definiciones

(a) Un “plan de salud” es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para atención o tratamiento médico o dental. Si se utilizan contratos separados para proporcionar atención médica coordinada a los miembros de un grupo, los contratos separados se consideran partes del mismo plan de salud y no hay coordinación entre esos contratos separados.

(1) El plan de salud incluye:

- Plan de seguro de salud y accidentes grupales, generales o de franquicia, excluyendo la cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
- Evidencias de cobertura de organizaciones individuales y grupales para el mantenimiento de la salud; plan de seguro individual de accidentes y salud;
- Planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y grupales y planes de beneficios de proveedores exclusivos;
- Contratos grupales, contratos individuales y contratos de suscripción que pagan o reembolsan el costo de la atención dental;
- Componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo individuales y grupales;
- Cobertura de beneficios limitados que no se emite para complementar el plan individual o grupal vigente;
- Arreglos sin seguro de cobertura grupal o de tipo grupal;
- La cobertura de beneficios médicos en los contratos de automóviles; y
- Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.

(2) El plan de salud no incluye:

- Cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
- El Fondo de Seguros de Salud de Texas;
- Cobertura de seguro de compensación para trabajadores;
- Cobertura de indemnización por confinamiento hospitalario u otra cobertura de indemnización fija; cobertura específica de enfermedades;
- Cobertura de beneficios suplementarios;
- Cobertura solo de accidentes;
- Cobertura de accidentes especificada;

- Coberturas de tipo accidente escolar que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluidas las lesiones deportivas, ya sea en modalidad de “24 horas” o “hacia y desde la escuela”;
- Beneficios proporcionados en contratos de atención a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios de ama de casa, asistencia con actividades de la vida diaria, cuidado de relevo y cuidado de custodia, o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos incurridos o la recepción de servicios;
- Pólizas complementarias de Medicare;
- Un plan estatal bajo Medicaid;
- Un plan gubernamental que, por ley, proporciona beneficios que exceden los de cualquier plan de seguro privado u otro plan no gubernamental; o
- Un contrato individual de accidentes y salud que está diseñado para integrarse completamente con otras pólizas mediante un deducible variable.

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

(b) “Este Plan” significa, en esta sección, la parte de este Contrato que proporciona los beneficios de atención médica a los que se aplica esta sección y que pueden reducirse debido a los beneficios de otros planes de salud. Cualquier otra parte del Contrato que proporcione beneficios de atención médica es independiente de este Plan. Un contrato puede aplicar una disposición de COB a ciertos beneficios, como beneficios dentales, coordinando solo con beneficios similares, y puede aplicar otras disposiciones de COB separadas para coordinar otros beneficios.

Las “**Reglas de la Orden de Determinación de Beneficios**” a continuación determinan si este Plan es un plan primario o un plan secundario cuando un Miembro tiene cobertura de atención médica en más de un plan de salud. Cuando este Plan es primario, determina el pago de sus beneficios antes que cualquier otro plan de salud, sin considerar los beneficios de estos. Cuando este Plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan de salud y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan de salud equivalgan al 100 por ciento del gasto total permitido.

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

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

- (1) La diferencia entre el costo de una habitación de hospital semiprivada y una habitación de hospital privada no es un gasto permitido, a menos que uno de los planes de salud brinde cobertura para los gastos de la habitación de hospital privada.

- (2) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud que no tienen tarifas negociadas y calculan sus pagos de beneficios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, los montos permitidos o la metodología de reembolso del programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que exceda el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si un Miembro está cubierto por dos o más planes de salud que brindan beneficios o servicios sobre la base de tarifas negociadas, un monto que exceda la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.
- (4) Si un Miembro está cubierto por un plan de salud que no tiene tarifas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, los montos permitidos, la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y otro plan de salud que brinda sus beneficios o servicios en función de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes de salud. Sin embargo, si el proveedor de atención médica o el médico ha contratado al plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio por una tarifa negociada específica o un monto de pago que es diferente al acuerdo de pago del plan primario y si el contrato del proveedor de atención médica o del médico lo permite, la tarifa o el pago negociado debe ser el gasto permitido utilizado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
- (5) El monto de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario porque un Miembro no ha cumplido con las disposiciones del plan primario no es un gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones incluyen segundas opiniones quirúrgicas, autorización previa de admisiones y acuerdos de proveedores de atención médica y médicos preferidos.

(d) “Monto permitido” es el monto de un cargo facturado que un plan de salud determina que está cubierto por los servicios prestados por un proveedor de atención médica o médico no preferido. El monto permitido incluye tanto el pago del plan de salud como los montos deducibles o copagos aplicables de los que el Miembro es responsable.

(e) “Plan de panel cerrado” es un plan de salud que brinda beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores de atención médica y médicos que han contratado o son empleados por el plan de salud, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores de atención médica y médicos, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

(f) “Padre con custodia” es el padre con derecho a designar la residencia principal de un niño por una orden judicial conforme al Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, o, en ausencia de una orden judicial, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

Orden de las reglas de determinación de beneficios

Cuando un Miembro cuenta con cobertura a través de dos o más planes de salud, se aplican las siguientes reglas para determinar el orden de pago de los beneficios:

- (a) El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de ningún otro plan de salud.
- (b) Salvo lo establecido en el inciso (c), un plan de salud que no incluya una disposición de COB que sea coherente con este Contrato siempre será considerado primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple con la normativa será el primario.
- (c) La cobertura obtenida por ser miembro de un grupo diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y que establece que dicha cobertura complementaria debe considerarse como excedente respecto de las demás coberturas provistas por el titular del contrato. Ejemplos de estas situaciones incluyen las coberturas de gastos médicos mayores que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, así como las coberturas de tipo asegurador vinculadas a un plan de panel cerrado, destinadas a brindar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan de salud solo podrá considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular sus propios pagos si actúa como plan secundario respecto del otro.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario deberá pagar o proporcionar los beneficios como si fuera el plan primario cuando la persona cubierta reciba servicios de un proveedor o médico fuera de la red, salvo en casos de emergencia o derivaciones autorizadas que sean pagadas o cubiertas por el plan primario.
- (f) Cuando múltiples contratos que otorgan cobertura coordinada se consideran un único plan conforme a esta sección, dicha sección se aplica únicamente al plan de salud en su conjunto, y la coordinación entre los contratos que lo componen se regirá por los términos establecidos en cada uno de ellos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios dentro del plan de salud, la aseguradora designada como primaria dentro del mismo será responsable de asegurar el cumplimiento de este subcapítulo.
- (g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, las reglas de determinación del orden de beneficios de esta sección establecerán la secuencia en la que se calcularán los beneficios entre los planes secundarios. Cada plan secundario deberá tener en cuenta los beneficios de los planes primarios y los de cualquier otro plan de salud cuyo orden de beneficios, conforme a esta sección, lo sitúe por delante de dicho plan secundario.
- (h) Cada plan de salud determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se apliquen:
 - (1) No dependiente o dependiente. El plan de salud que cubre al Miembro no como dependiente — por ejemplo, como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado — es el plan principal, y el plan de salud que cubre al Miembro como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el Miembro es beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario respecto al plan de salud que lo cubre como dependiente y primario respecto al plan que lo cubre como no dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes de salud se invierte, de modo que el plan de salud que cubre al Miembro como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado pasa a ser el plan secundario, y el otro

plan de salud es el plan principal. Un ejemplo sería el caso de un empleado jubilado.

- (2) Hijo dependiente cubierto por más de un plan de salud. A menos que exista una orden judicial que indique lo contrario, los planes de salud que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios aplicando las siguientes reglas:
- (A) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
 - I. El plan de salud del padre o madre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año calendario es el plan principal; o
 - II. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan de salud que haya cubierto a ese padre o madre por más tiempo será el plan principal.
 - (B) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
 - I. Si una orden judicial indica que uno de los padres es responsable de los gastos o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, y el plan de salud de ese padre tiene conocimiento efectivo de dicha orden, ese plan de salud será el plan principal a partir de los años del plan que comiencen tras haber recibido la notificación del decreto judicial.
 - II. Si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, se aplicarán las disposiciones de (h)(2)(A) para determinar el orden de los beneficios;
 - III. Si una orden judicial establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar quién de ellos es responsable de los gastos o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, también se aplicarán las disposiciones de (h)(2)(A);
 - IV. Si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos o de la cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios será el siguiente: (I) El plan de salud que cubre al padre con custodia; (II) El plan de salud que cubre al cónyuge del padre con custodia; (III) El plan de salud que cubre al padre sin custodia; (IV) El plan de salud que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
 - (C) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan de salud de personas que no son sus padres, se aplicarán las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) como si dichas personas fueran sus padres.
 - (D) Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo el plan de salud de uno o ambos padres y también tiene cobertura como dependiente bajo el plan de salud de un cónyuge, se aplicará la regla (h)(5).
 - (E) En caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan de salud del cónyuge comience en la misma fecha que la cobertura bajo el plan de salud de uno o ambos padres, el orden de los beneficios se determinará aplicando la regla de cumpleaños descrita en (h)(2)(A) a los padres del hijo y al cónyuge del dependiente.

- (3) Empleado activo, jubilado o despedido. El plan de salud que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado, es el plan primario. El plan de salud que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo ocurriría si una persona es dependiente de un empleado activo y esa misma persona es dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan de salud que cubre a la misma persona como empleado jubilado o despedido, o como dependiente de un empleado jubilado o despedido, no contempla esta regla y, como resultado, los planes de salud no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si el apartado (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (4) COBRA o Continuación de la Cobertura Estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona bajo COBRA o conforme a un derecho de continuación previsto por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan de salud, el plan de salud que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, o como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado, será el plan primario, y la cobertura de continuación de COBRA, estatal u otra cobertura federal será el plan secundario. Si el otro plan de salud no contempla esta regla y, como resultado, los planes de salud no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si el apartado (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
- (5) Mayor o menor duración de la cobertura. El plan de salud que ha cubierto a la persona como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado por un período más largo será el plan primario, y el plan de salud que la haya cubierto por un período más corto será el plan secundario.
- (6) Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los gastos permitidos deben compartirse en partes iguales entre los planes de salud que cumplan con la definición de plan de salud. Además, este Plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan primario.

Efecto en los beneficios de este plan

- (a) Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes de salud no sean más que los gastos totales permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamación, 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 bajo su plan de salud que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario puede reducir su pago por la cantidad de modo que, cuando se combine con la cantidad pagada por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes de salud para la reclamación sean iguales al 100 por ciento del gasto total permitido para esa reclamación. Además, el plan secundario debe acreditar a su deducible del plan cualquier monto que hubiera acreditado en ausencia de otra cobertura de atención médica.
- (b) Si una persona cubierta está inscrita en dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier motivo, incluida la prestación de servicios por parte de un proveedor que no pertenece al panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, COB no debe aplicarse entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

Cumplimiento de las leyes federales y estatales relativas a la información confidencial

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas reglas de COB y para determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes de salud.

El contratista COB del Plan cumplirá con las leyes federales y estatales relativas a la información confidencial con el fin de aplicar las reglas de esta sección y determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes de salud que cubren a la persona que reclama los beneficios.

Cada Miembro que reclame beneficios bajo este Plan debe proporcionar al contratista COB del Plan cualquier información que necesite para aplicar estas reglas y determinar los beneficios.

Facilidad de pago

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

Si lo hace, el contratista COB del Plan puede pagar esa cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. El contratista COB del Plan no tendrá que pagar esa cantidad nuevamente. El término “pago realizado” incluye la prestación de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios prestados en forma de servicios.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos realizados por el contratista COB del Plan es mayor de lo que debería haber pagado según esta disposición COB, puede recuperar el exceso de una o más de las personas a las que ha pagado o por quienes ha pagado, o de cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El “monto de los pagos realizados” incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

AVISO IMPORTANTE

Este es un resumen de solo algunas de las disposiciones de su plan de salud para ayudarle a comprender la Coordinación de Beneficios (COB), que puede ser muy complicada. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el lenguaje contenido en su contrato, que determina sus beneficios.

Doble cobertura

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

Cuando está cubierto por más de un plan de salud, la ley estatal permite que sus aseguradoras sigan un procedimiento llamado “coordinación de beneficios” para determinar cuánto debe pagar cada una cuando presenta una reclamación. El objetivo es asegurarse de que los pagos combinados de todos los planes no superen sus gastos de atención médica cubiertos.

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

¿Primario o secundario?

Se le pedirá que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de beneficios “primario” o “secundario”. El plan primario siempre paga primero cuando presenta una reclamación. Cualquier plan que no contenga las reglas de COB de Texas siempre será primario, a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple es el primario.

Cuándo este plan es primario

Si usted o un miembro de su familia está cubierto por otro plan además de este, seremos primarios cuando:

- Sus propios gastos
 - La reclamación es por sus propios gastos de atención médica, a menos que esté cubierto por Medicare y tanto usted como su cónyuge estén jubilados.
- Los gastos de su cónyuge
 - La reclamación es para su cónyuge, que está cubierto por Medicare, y ambos no están jubilados.
- Los gastos de su hijo
 - La reclamación es por los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por este plan y:
 - Está casado y su cumpleaños es anterior en el año que el de su cónyuge, o vive con otra persona, independientemente de si ha estado casado alguna vez con esa persona o no, y su cumpleaños es anterior al de esa otra persona. Esto se conoce como la “regla del cumpleaños”; o

- Está separado o divorciado y nos ha informado de una orden judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica del menor; o
- No hay una orden judicial, pero usted tiene la custodia del menor.

Otras situaciones

Seremos primarios cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal así lo requiera.

Cómo pagamos las reclamaciones cuando somos primarios

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

Cuándo este plan es secundario

Seremos secundarios siempre que las reglas no nos exijan ser primarios.

Cómo pagamos las reclamaciones cuando somos secundarios

Cuando somos el plan secundario, no pagamos hasta después de que el plan primario haya pagado sus beneficios. Luego pagaremos parte o la totalidad de los gastos permitidos que no hayan sido cubiertos, como se explica a continuación. Un “gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluidos los copagos y sin reducción por cualquier deducible aplicable, que esté cubierto total o parcialmente por cualquiera de los planes que cubren a la persona.

Si hay una diferencia entre el monto permitido por los planes, generalmente basaremos nuestro pago en el monto más alto. Sin embargo, si un plan tiene un contrato con el proveedor de atención médica o con el médico y el otro no, nuestros pagos combinados no excederán el monto contratado. Las organizaciones de mantenimiento de la salud y las organizaciones de proveedores preferidos generalmente tienen contratos con sus proveedores.

Podemos reducir nuestro pago en cualquier monto de forma que, al combinarse con el monto pagado por el plan primario, los beneficios totales pagados equivalgan al 100 por ciento del gasto total permitido para su reclamación. Acreditaremos cualquier monto que habríamos pagado en ausencia de su otra cobertura de atención médica al deducible de nuestro propio plan. No pagaremos un monto que el plan primario no haya cubierto porque usted no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan ha reducido su beneficio porque usted no obtuvo la autorización previa exigida por ese plan, no pagaremos el monto de la reducción, ya que no se trata de un gasto permitido.

¿Preguntas sobre COB?

Comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas

1-800-252-3439

En Austin llame al 512-463-6515

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES

Tiene derecho a apelar cualquier determinación que tomemos que niegue el pago de su reclamación o su solicitud de cobertura de un servicio o tratamiento de atención médica. Tiene derecho a:

- apelar una determinación adversa ante nosotros;
- solicitar una revisión externa; y/o
- presentar una queja.

Contamos con un departamento que se encarga de las apelaciones y quejas. Si no está de acuerdo con nuestras decisiones, puede solicitar una revisión presentando una apelación o una queja.

Nunca tomaremos represalias contra un Miembro de ninguna manera por presentar una apelación o queja.

Confidencialidad

CHRISTUS Health Plan, el Comisionado, los oficiales independientes de audiencias conjuntas y todas las demás personas que adquieran acceso a registros médicos identificables e información de los miembros al revisar quejas deberán tratar y mantener dichos registros e información como confidenciales, salvo disposición en contrario de las leyes federales o de Texas.

CHRISTUS Health Plan cuenta con procedimientos para garantizar el tratamiento confidencial y la conservación de los registros médicos identificables y la información presentada como parte de cualquier queja.

Quién puede ayudarlo

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

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

Apelación de una determinación adversa (tratamiento o servicio)

Si determinamos que el Servicio de Atención Médica solicitado no está cubierto por el plan de beneficios de salud, no abordaremos el tema de la necesidad médica. Si determinamos que los Servicios de Atención Médica proporcionados o propuestos para usted no son médicamente necesarios ni apropiados, o son experimentales o de investigación, notificaremos nuestra determinación a usted, a una persona que actúe en su nombre y a su proveedor registrado, incluido el proveedor que le brindó el Servicio de Atención Médica. La notificación incluirá su derecho a apelar la determinación adversa y el proceso para solicitar dicha apelación. Siempre enviaremos por correo o transmitiremos por otros medios el aviso de nuestra revisión dentro del segundo día hábil posterior a la solicitud de revisión de utilización y tras recibir toda la información necesaria para completarla.

Una Determinación Adversa es una decisión de nuestra parte en la que se concluye que los Servicios de Atención Médica proporcionados o propuestos no son médicamente necesarios ni apropiados, o son experimentales o de investigación. Por lo tanto, tratamos la rescisión de la cobertura como una determinación adversa de beneficios. No se refiere a una denegación de los Servicios de Atención Médica por no haber solicitado una revisión de utilización prospectiva o concurrente.

Le notificaremos a usted, a una persona que actúe en su nombre y a su proveedor registrado sobre una Determinación Adversa por teléfono o transmisión electrónica dentro del plazo adecuado según las circunstancias del servicio y su condición, pero en ningún caso más tarde de una hora después de la solicitud en casos de denegación de atención posterior a la estabilización tras un tratamiento de emergencia solicitado por un profesional de la salud tratante. Si usted se encuentra hospitalizado, la notificación se realizará dentro de un día hábil. Si el Servicio de Atención Médica se deniega por falta de necesidad médica o por ser experimental o de investigación, usted tiene derecho a apelar mediante una revisión externa realizada por una Organización de Revisión Independiente (IRO). Si tiene una afección potencialmente mortal, tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) y no está obligado a cumplir con nuestros procedimientos de revisión interna.

Le notificaremos una Determinación Adversa relacionada con la revisión de utilización concurrente para el suministro de medicamentos recetados o infusiones intravenosas por los que usted recibe beneficios de salud, a más tardar el trigésimo (30.º) día antes de la fecha en que se suspenderán dichos medicamentos recetados o infusiones intravenosas.

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado puede apelar la Determinación Adversa y solicitar una apelación acelerada por denegaciones de atención de emergencia, de atención por afecciones potencialmente mortales o de estadías hospitalarias continuas. La revisión acelerada será realizada por un proveedor de atención médica que no haya revisado previamente el caso y que tenga la misma especialidad o una similar a la del proveedor que normalmente maneja la afección médica, el procedimiento o el tratamiento en cuestión.

Su apelación acelerada se resolverá en función de la urgencia de su condición, procedimiento o tratamiento, y en ningún caso después de un día hábil desde la recepción de toda la información necesaria para completar la apelación.

Nuestra determinación en una apelación acelerada podrá comunicarse por teléfono o mediante transmisión electrónica dentro de un día hábil, pero irá acompañada de una carta dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a la recepción de la notificación telefónica o electrónica inicial por parte del plan. En el caso de una apelación relacionada con una lesión cerebral adquirida, notificaremos nuestra determinación mediante contacto telefónico directo con la persona que haya realizado la solicitud dentro de las setenta y dos (72) horas.

Si recibimos una revisión interna estándar, ya sea antes o después del servicio, enviaremos a la parte apelante una carta acusando recibo de la apelación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a su recepción. Nuestra carta incluirá una lista de los documentos pertinentes que deben presentarse, y si la apelación se recibió oralmente, se adjuntará un formulario de apelación de una página que deberá completar la parte apelante. Nuestra carta también incluirá los procedimientos de apelación y los plazos necesarios para su resolución.

En cualquier caso en que se cuestione la necesidad médica o la idoneidad, o la naturaleza experimental o de investigación de los Servicios de Atención Médica, antes de emitir una Determinación Adversa, brindaremos al proveedor registrado una oportunidad razonable de discutir con un médico el plan de tratamiento propuesto para usted. Esta conversación incluirá, como mínimo, la base clínica de nuestra decisión.

Después de revisar la apelación, emitiremos una carta de respuesta dirigida a usted, a la persona que actúe en su nombre y al proveedor registrado, explicando la resolución de la apelación tan pronto como sea posible y, en ningún caso, más allá de los treinta (30) días calendario siguientes a la recepción de la apelación. Si la apelación está relacionada con atención de emergencia o con la denegación de una estadía continua para hospitalización, la resolución se efectuará en función de la urgencia de su condición, procedimiento o tratamiento, y no podrá exceder un día hábil a partir de la fecha en que CHRISTUS Health reciba la solicitud.

Nuestra carta de respuesta incluirá: una declaración de las razones médicas, dentales o contractuales específicas que respaldan la resolución; la base clínica de la decisión; una descripción o la fuente de los criterios de evaluación utilizados para tomar la determinación; la especialidad profesional del médico que tomó la decisión; una notificación del derecho de la parte apelante a solicitar una revisión de la Determinación Adversa ante una Organización de Revisión Independiente (IRO); información sobre el proceso de revisión externa; una copia del formulario para solicitar dicha revisión externa ante una IRO; y los procedimientos para presentar una queja.

Si se rechaza la apelación de una Determinación Adversa, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a dicha denegación, la misma será revisada por un proveedor participante con la misma o similar especialidad que normalmente trata la afección médica, dental o especializada, el procedimiento o el tratamiento objeto de la apelación. Esta revisión especializada deberá completarse dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.

Revisión externa por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO)

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor, tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de nuestra decisión sobre la apelación ante una Organización de Revisión Independiente (IRO). 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 se trata de una situación de atención urgente. Nuestro aviso de determinación de la apelación incluirá un formulario para presentar una solicitud de revisión externa ante una Organización de Revisión Independiente (IRO). Una Organización de Revisión Independiente (IRO) está obligada a emitir una decisión sobre atención urgente tanto a usted como a nosotros a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de revisión externa, y a más tardar cuarenta y cinco (45) días en el caso de una solicitud estándar. La revisión externa no tiene ningún costo para usted.

Revisión retrospectiva de utilización

Si se realiza una revisión retrospectiva de utilización y da como resultado una determinación adversa, le notificaremos a usted y a su proveedor sobre dicha determinación dentro de un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que se recibió la reclamación.

Este período de treinta (30) días puede extenderse por otros quince (15) días si determinamos que la extensión es necesaria debido a circunstancias fuera de nuestro control, y usted y su proveedor son notificados de la extensión junto con la fecha estimada de resolución, dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la reclamación.

Si se necesita una extensión porque usted o su proveedor deben presentar información necesaria para tomar una decisión sobre la solicitud, el aviso describirá específicamente la información requerida para emitir la determinación y les otorgará a usted y a su proveedor al menos cuarenta y cinco (45) días desde la fecha de recepción del aviso de extensión para proporcionar la información solicitada.

Proceso de quejas

Si nos notifica una queja oral o escrita, le enviaremos, a más tardar el quinto (5.º) día hábil después de la fecha en que recibamos la queja, una carta reconociendo la fecha de recepción de la misma. Si su queja se recibió de manera oral, adjuntaremos un formulario de queja de una página con la carta de acuse de recibo. No está obligado(a) a devolver el formulario de queja, pero le pedimos que lo haga, ya que este formulario nos ayudará a resolver la queja. Nuestra carta incluirá nuestros procedimientos de quejas y los plazos para su resolución. Resolveremos su queja a más tardar el trigésimo (30.º) día calendario a partir de la fecha. Si su queja se refiere a una emergencia o a una denegación de hospitalización continua, investigaremos y resolveremos su queja conforme a la urgencia de su condición, pero en ningún caso después de un día hábil tras recibirla.

Una vez que revisemos su queja, le enviaremos una carta de respuesta que:

- Explique la resolución de la queja;
- Indique las razones médicas o contractuales específicas para la resolución;
- Indique la especialidad de cualquier médico o proveedor consultado; y
- Contenga una descripción completa del proceso para apelar la decisión, junto con los plazos para el proceso de apelación y los plazos para emitir la decisión final sobre dicha apelación.

Apelaciones de una queja

Si su queja no se resuelve a su satisfacción, tiene derecho a comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas en un lugar donde normalmente recibe servicios de atención médica u otro lugar que le resulte aceptable, o a presentar una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Completaremos el proceso de apelación de la queja a más tardar el trigésimo (30.º) día calendario después de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación. Si su apelación de una queja está relacionada con una emergencia en curso o la denegación de hospitalización continua, la resolución se llevará a cabo conforme a la urgencia de su caso y a más tardar un día hábil después de que se reciba su solicitud de apelación.

Composición del panel de apelación de quejas

Designaremos miembros para el panel de apelación de quejas, el cual nos asesorará sobre la resolución de la disputa. El panel de apelación estará compuesto por un número igual de empleados del Plan, médicos u otros proveedores, y afiliados al Plan. Un miembro del panel de apelación de quejas no debe haber participado previamente en la decisión impugnada. Los médicos u otros proveedores que formen parte del panel deben tener experiencia en el área de atención en disputa y deben ser independientes de cualquier médico o proveedor que haya tomado una determinación previa.

Si la atención especializada está en disputa, el panel de apelación debe incluir a una persona que sea especialista en el campo de atención al que se refiere la apelación. Los miembros afiliados del panel de apelación de quejas no pueden ser empleados del Plan.

Le proporcionaremos a usted o a su representante designado, dentro de los cinco (5) días hábiles, cualquier documentación que nuestro personal presente al panel de apelación de quejas, la especialización de los médicos o proveedores consultados durante la investigación y el nombre y la afiliación de cada representante del Plan que forme parte del panel.

Usted o su representante designado tienen derecho a:

- comparecer en persona ante el panel de apelación de quejas;
- presentar testimonio de expertos alternativos; y
- solicitar la presencia e interrogar a cualquier persona responsable de haber tomado la decisión impugnada que dio lugar a la apelación.

Nuestro aviso de la decisión final sobre una apelación incluirá una declaración de la determinación médica específica, la base clínica y los criterios contractuales utilizados para llegar a dicha decisión, junto con el número de teléfono gratuito y la dirección del Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés).

Mantenemos un registro de quejas y apelaciones para cada queja. Tiene derecho a obtener una copia del registro de su queja y de cualquier procedimiento relacionado con ella. Si decidimos pagar por los servicios de atención médica, emitiremos el pago dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la fecha de la decisión final.

Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, incluidas aquellas que hayan intentado resolver una queja mediante nuestro proceso de apelaciones y quejas y no estén satisfechas con la resolución, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas llamando sin costo al 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

**Texas Department of Insurance
P. O. Box 12030
Austin, Texas 78711-2030**

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en línea en:

www.tdi.texas.gov/consumer/health-complaints.html

El comisionado investigará una queja en nuestra contra para determinar el cumplimiento dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la queja y de toda la información necesaria por parte del Departamento de Seguros de Texas. El comisionado puede extender el tiempo necesario para completar una investigación si se presenta alguna de las siguientes circunstancias:

- Se necesita información adicional;
- Es necesaria una revisión in situ;
- Nosotros, el médico o proveedor, o usted no proporcionamos toda la documentación necesaria para completar la investigación; u
- Ocurren otras circunstancias fuera del control del Departamento de Seguros de Texas.

Agotamiento de los recursos

Debe completar todos los niveles aplicables de nuestro proceso de apelación y quejas, así como cualquier proceso de revisión regulatoria o legal disponible para usted según la ley estatal o federal, antes de presentar una acción legal. La finalización de estos procesos administrativos y regulatorios garantiza que tanto usted como nosotros tengamos una oportunidad completa y justa de resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones contenidos en este Contrato.

Forma de notificación cultural y lingüísticamente apropiada

Cuando le enviemos información, nos aseguraremos de:

- proporcionar servicios de interpretación oral (como una línea directa de asistencia al cliente) que incluya responder preguntas y brindar ayuda para presentar reclamaciones y apelaciones (incluida la revisión externa), en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
- proporcionar, 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 destacada en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por el plan de salud; y
- enviar avisos en cualquier idioma distinto del inglés que sea hablado por más del diez por ciento (10 %) de nuestra población atendida. Utilizamos el estándar emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). El estándar se encuentra en <http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clar-data.html>.

PAGO DE LA PRIMA

Pago de la prima

Usted es responsable de pagar su prima puntualmente. La primera prima debe pagarse junto con la solicitud de inscripción. Las demás primas vencen el primer día del mes por la cobertura correspondiente a ese mes. El período de prima es mensual. Todas las primas deben pagarse a nosotros.

Debe pagarnos la prima correspondiente a medida que venza. Si no recibimos su prima a tiempo, o dentro del período de gracia definido a continuación, cancelaremos la cobertura de acuerdo con la sección TERMINACIÓN DE LA COBERTURA de este Contrato. No seremos financieramente responsables por ningún servicio prestado después de esa fecha.

Período de gracia

Miembros sin pagos anticipados del Crédito Fiscal Federal para Primas

Se otorgará un período de gracia de treinta (30) días para el pago de cada prima adeudada después de la primera. Durante el período de gracia, la cobertura permanecerá vigente. Si no se recibe el pago dentro del período de gracia de treinta (30) días, la cobertura se cancelará a partir del último día del mes anterior al inicio del período de gracia.

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

Miembros con pagos anticipados del Crédito Fiscal Federal para Primas

Se otorgará un período de gracia de noventa (90) días a las personas calificadas que hayan pagado al menos una prima mensual y estén recibiendo pagos anticipados del Crédito Fiscal Federal para Primas. Si no recibimos la prima dentro del período de gracia, cancelaremos su cobertura el último día del primer mes del período de gracia, incluso si se reciben créditos fiscales anticipados para la prima.

Durante el primer mes del período de gracia, continuaremos pagando todos los reclamos correspondientes a servicios cubiertos que se le brinden. Sin embargo, rechazaremos los reclamos de farmacia por servicios cubiertos prestados durante el segundo y tercer mes del período de gracia.

Le notificaremos a usted y al Intercambio sobre la falta de pago de primas, así como a los proveedores sobre la posibilidad de que los reclamos sean denegados mientras se encuentre en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Continuaremos cobrando, en su nombre, los Créditos Fiscales Anticipados para Primas del Departamento del Tesoro. Si agota el período de gracia como se ha descrito anteriormente, devolveremos dichos créditos correspondientes al segundo y tercer mes.

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

Cambios en los pagos de primas

Nos reservamos el derecho de cambiar anualmente el monto del pago de la prima por los beneficios cubiertos. Le proporcionaremos un aviso por escrito con al menos sesenta (60) días de anticipación respecto de cualquier cambio en el pago de la prima.

Su tarifa puede cambiar. Algunos ejemplos del porqué son:

- Un cambio de residencia;
- La adición de un Dependiente debido a un evento que califica; o
- La eliminación de un Dependiente de un Contrato Familiar.

Recuperación de sobrepagos de beneficios

Tenemos derecho a recuperar cualquier sobrepago que hayamos realizado. La recuperación podrá hacerse a partir de uno o más de los siguientes: cualquier persona a quien, para quien, o con respecto a quien se hayan proporcionado dichos servicios o realizado dichos pagos; cualquier tercero pagador; cualquier plan de atención médica u otra organización.

El derecho de recuperación nos pertenece exclusivamente a nosotros. Se ejerce a nuestra entera discreción. Si le informamos a usted (o a su representante legal, si es menor de edad o legalmente incapaz) que estamos iniciando la recuperación de estos beneficios, le solicitamos que coopere con nosotros para asegurar estos derechos de recuperación.

DISPOSICIONES GENERALES

Acciones legales

El grupo o el Miembro no podrá iniciar ninguna acción legal para reclamar beneficios conforme a este Plan antes de que transcurran sesenta (60) días desde la entrega de la prueba escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de la ley estatal. No podrá iniciarse ninguna acción de este tipo después de tres (3) años a partir del momento en que se requiera proporcionar la prueba escrita de la pérdida.

Actividad de los miembros

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

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;
- Falsificar o vender recetas; o
- Tergiversar una condición médica para recibir beneficios cubiertos a los que normalmente no tendría derecho.

Actividad del profesional/proveedor

Si sospecha que un médico, farmacia, hospital, centro u otro profesional de la salud ha incurrido en alguna de las siguientes situaciones, comuníquese con dicho proveedor y solicite una explicación, ya que podría tratarse de un error.

- Se le cobraron servicios que no recibió.
- Se le facturó más de una vez por el mismo servicio.
- Se le facturó por un tipo de servicio, pero recibió otro (por ejemplo, se le cobró por un tipo de equipo y se le entregó uno menos costoso).
- Se tergiversó información (como cambiar su diagnóstico o las fechas en que fue atendido en el consultorio).

Si no puede resolver el problema con el proveedor o sospecha de alguna otra actividad sospechosa, comuníquese con nuestro Servicio para Miembros.

Asignación

Nos reservamos el derecho de pagarle directamente y de rechazar cualquier cesión de beneficios en cualquier circunstancia. Ninguna persona puede otorgar un poder notarial que interfiera con nuestro derecho a pagarle a usted en lugar de a otra persona.

Aviso

Si este Contrato nos exige o nos permite darle algún aviso, dicho aviso se considerará debidamente entregado si se realiza por escrito y se entrega personalmente o se deposita en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepagado, dirigido a usted a la dirección registrada en nuestros archivos en la oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar que su dirección registrada en nuestros archivos sea correcta.

Circunstancias fuera de nuestro control

Si ocurre un desastre, haremos un esfuerzo de buena fe para ayudarle a obtener los servicios cubiertos y seguiremos siendo responsables del pago de dichos servicios; sin embargo, no seremos responsables de los daños resultantes de retrasos o incumplimientos debido a la falta de instalaciones o personal que estén fuera de nuestro control. Ejemplos de desastres incluyen terremotos, epidemias, guerras y disturbios.

Cómputo del tiempo

Cuando la normativa de Texas requiera que se realice una acción dentro de un período determinado a partir de la recepción de una solicitud o documento, se considerará que dicha solicitud o documento se recibió dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha en que fue enviado por correo.

Conformidad con los estatutos estatales

Cualquier disposición que, en su Fecha de entrada en vigor, entre en conflicto con los estatutos del estado donde usted reside, se considerará modificada para ajustarse a los requisitos mínimos de dichos estatutos y no será considerada inválida, sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente con todas las leyes aplicables.

Contratistas independientes

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

Contrato completo

Este Contrato y la *Evidencia de Cobertura*, junto con el *Programa de Beneficios*, el *Formulario*, la *Solicitud* y cualquier suplemento, enmienda, endoso o cláusula adicional, constituyen conjuntamente el Contrato completo entre usted y nosotros. Ningún cambio en este Contrato será válido a menos que esté por escrito y aprobado por uno de nuestros funcionarios ejecutivos. Se le notificará sobre cualquier cambio de este tipo. Ningún agente puede modificar esta Evidencia de Cobertura ni renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Disponibilidad de servicios de proveedores

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

Ejecución de un contrato – Solicitud de cobertura

Todas las declaraciones realizadas por cualquier solicitante (usted y/o sus Dependientes), en ausencia de fraude o tergiversación intencional de un hecho esencial, se considerarán representaciones y no garantías. Ninguna de dichas declaraciones invalidará la cobertura ni reducirá los beneficios a menos que estén contenidas en una solicitud por escrito firmada por el suscriptor y que haya sido entregada al suscriptor o a su representante.

Enmiendas

Su Contrato puede modificarse en cualquier momento. Le daremos un aviso con sesenta (60) días de anticipación antes de cualquier cambio. Recibirá una enmienda a su Contrato que reflejará cualquier cambio.

Error administrativo

Un error administrativo en el mantenimiento de registros no invalidará una cobertura válidamente vigente ni continuará una cobertura válidamente finalizada. Una vez descubierto el error, se realizará un ajuste equitativo en la prima.

Errores

Todas las declaraciones realizadas en la solicitud de inscripción se considerarán manifestaciones y no garantías. Se consideran declaraciones veraces realizadas según el leal saber y entender del suscriptor. Una declaración no podrá utilizarse en un procedimiento para anular, cancelar o no renovar la cobertura de un Miembro, ni para reducir los beneficios, a menos que:

- esté incluida en una solicitud de inscripción escrita y firmada por el suscriptor; y
- se haya proporcionado o se proporcione una copia firmada de dicha solicitud al suscriptor o a su representante personal.

Este Contrato solo podrá ser impugnado en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos relevantes incluidos en la solicitud de inscripción.

Exención de responsabilidad

No tenemos control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención u otros servicios que le preste cualquier centro o proveedor, ya sea participante o no participante. No somos responsables por pérdidas o lesiones causadas por ningún proveedor de atención médica, ya sea por negligencia u otra causa.

Fraude

Estamos obligados a cooperar con las agencias gubernamentales, reguladoras y de cumplimiento de la ley en la notificación de actividades sospechosas. Esto incluye tanto actividades de los proveedores como de los miembros.

Hospitalización en la fecha de vigencia de la cobertura

Si se encuentra hospitalizado en la fecha de vigencia de su cobertura, debe notificar al Plan sobre la hospitalización dentro de los dos (2) días o tan pronto como sea razonablemente posible después de esa fecha.

Ley aplicable

Este Contrato se emite en el Estado de Texas y se interpretará conforme a las leyes del Estado de Texas y a las normas y reglamentos federales aplicables.

Límite de tiempo en ciertas defensas

Debe completar de manera íntegra y precisa la solicitud de inscripción en su nombre y en el de cualquier dependiente elegible que desee inscribir en el Plan. Todas las declaraciones realizadas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán manifestaciones y no garantías, salvo que medie fraude. Ninguna de estas declaraciones podrá utilizarse para anular la cobertura o reducir los beneficios, a menos que estén incluidas en la solicitud escrita de este Contrato. Si se realiza una declaración errónea en la solicitud que NO fue fraudulenta ni intencional, aplicaremos y cobraremos la prima que se habría exigido al momento en que la cobertura entró en vigor, de no haberse producido dicha declaración errónea.

Oportunidad de examinar el documento del Plan

El suscriptor al que se le emite el contrato puede examinarlo y, si no está satisfecho por cualquier motivo, podrá devolverlo dentro de los diez días posteriores a su recepción y recibir un reembolso de la prima pagada. Si se prestan servicios o se pagan reclamaciones durante el período de examen de diez días, usted será responsable de reembolsarnos dichos servicios o reclamaciones. Esta contraprestación, incluidas las primas, la tarifa de solicitud y cualquier otro monto a pagar por la cobertura, se indicará en el contrato o en la solicitud.

Políticas y procedimientos

Podemos adoptar políticas, procedimientos, normas e interpretaciones razonables con el fin de promover la administración ordenada y eficiente del Contrato.

Reforma de salud federal y estatal

Este Contrato cumplirá con todas las leyes, normas y regulaciones estatales y federales aplicables. En la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio legal, o la promulgación de cualquier regla o regulación final que afecte directamente nuestras obligaciones conforme a este Contrato, este será modificado y presentado para la aprobación estatal y/o federal correspondiente. Le notificaremos cuando esto ocurra.

Reintegros

Podemos restablecer este Contrato después de su cancelación, sin necesidad de presentar una nueva solicitud ni emitir una nueva Tarjeta de Identificación. Si la cancelación se debió a la falta de pago oportuno de la prima, CHRISTUS permitirá el restablecimiento dentro de los treinta (30) días posteriores a la cancelación, si el Miembro puede demostrar que el pago original, o un intento de pago, se realizó antes de la fecha de vencimiento de la factura original. En ese caso, el Miembro también deberá pagar todas las primas adeudadas, tanto del mes anterior como del mes actual, para que se aplique el restablecimiento. No habrá interrupciones en la cobertura como resultado del restablecimiento. Si se aplica el restablecimiento, la Evidencia de Cobertura original volverá a estar vigente.

Renuncia por parte de los agentes

Ningún agente ni ninguna otra persona, salvo un funcionario de CHRISTUS Health Plan, tiene autoridad para renunciar a condiciones o restricciones de este Contrato, extender el plazo de pago, o vincular a CHRISTUS Health Plan mediante promesas, representaciones o la entrega o recepción de información. Ninguna renuncia, extensión, promesa o representación será válida o efectiva a menos que esté respaldada mediante un endoso o una enmienda por escrito a este Contrato, o una carta de acuerdo firmada por un funcionario de CHRISTUS Health Plan.

Seguro de compensación para trabajadores

Este Contrato no sustituye ni afecta ningún requisito de cobertura establecido por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas. Sin embargo, un empleado de una corporación profesional o comercial puede optar de manera expresa por no acogerse a las disposiciones de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, siempre que sea un funcionario ejecutivo de dicha corporación profesional o comercial y posea al menos el diez por ciento (10 %) de las acciones en circulación de dicha entidad.

A los efectos de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, se considera funcionario ejecutivo al presidente de la junta directiva, presidente, vicepresidente, secretario o tesorero de una corporación profesional o comercial.

En caso de que un empleado opte por no participar en la cobertura de compensación para trabajadores y cumpla con los criterios antes mencionados, le proporcionaremos cobertura de atención médica las veinticuatro (24) horas, sujeta al cumplimiento de nuestros requisitos de elegibilidad. Además de cumplir con todos nuestros requisitos de elegibilidad, se requerirá documentación que demuestre que se han cumplido los criterios antes mencionados para que la cobertura entre en vigor.

Tarjetas de identificación

Le emitimos tarjetas de identificación (ID) únicamente con fines identificativos. La posesión de nuestra tarjeta de identificación no otorga derechos a servicios u otros beneficios en virtud de este Contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la tarjeta de identificación debe ser, en efecto, un Miembro a cuyo nombre se hayan pagado efectivamente todos los cargos aplicables del Contrato. Si usted o cualquier miembro de su familia permite que otra persona use su tarjeta de identificación, todos sus derechos y los de los demás miembros de su familia conforme a este Contrato podrán cancelarse de inmediato a nuestra entera discreción. A cualquier persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho conforme a las disposiciones de este Contrato se le cobrará conforme a las tarifas generalmente aplicadas en el área para servicios médicos, hospitalarios y de atención médica.

Tergiversación de la información

Si, dentro de los primeros dos (2) años a partir de la fecha de vigencia de su cobertura y/o la de sus Dependientes, omitió intencionalmente información relevante de importancia en su solicitud y/o proporcionó información fraudulenta, la cobertura para usted y/o su Dependiente será nula y sin efecto desde la fecha de vigencia. En caso de fraude, no se aplicarán límites de tiempo y deberá pagar todos los beneficios que le hayamos proporcionado. Le proporcionaremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

Si se indicó erróneamente la edad del Miembro, todos los montos pagaderos en virtud de este Contrato se ajustarán para reflejar la prima que se habría pagado según la edad correcta.

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO

Análisis de redes

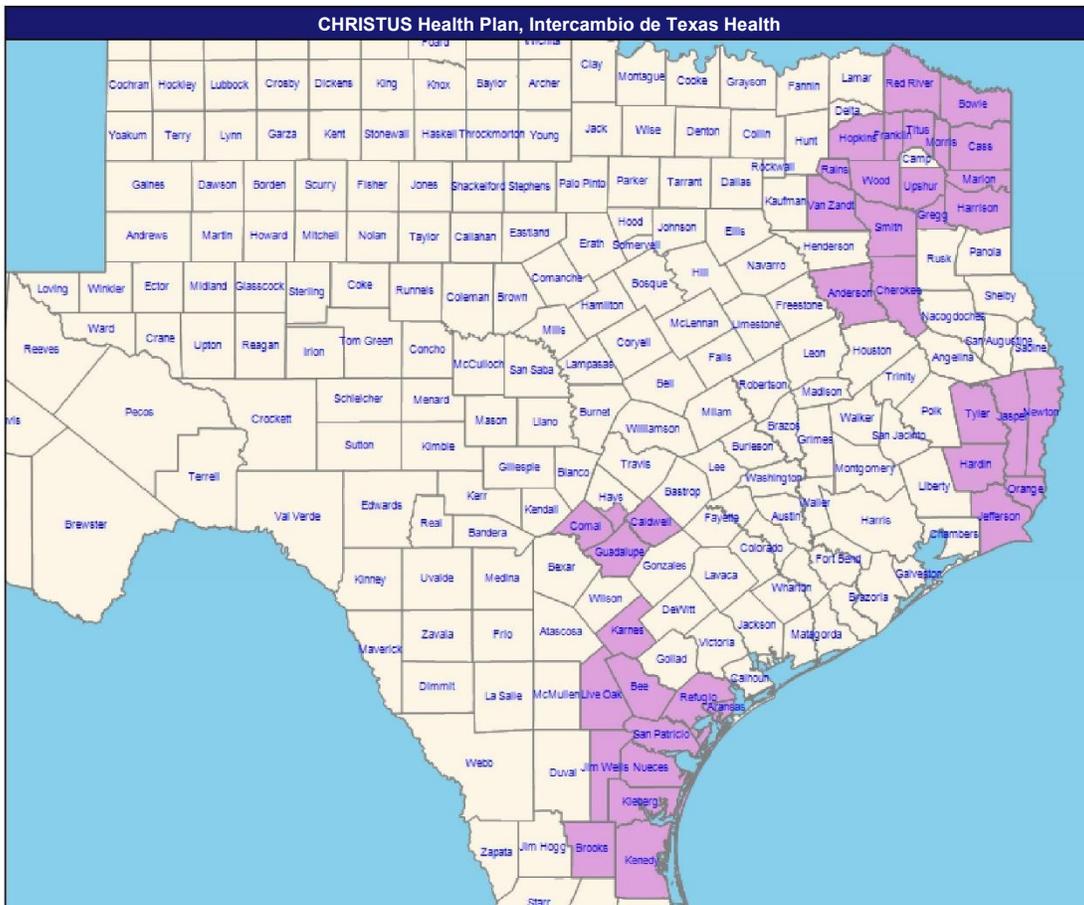
Mapa

13 de mayo de 2024

Áreas de servicio

 CHRISTUS Health Plan,
Intercambio de Texas Health

 78.55 millas





844.282.3025, TTY 711

Lunes – Viernes, 8 a.m. – 5 p.m., hora local

CHRISTUShealthplan.org