

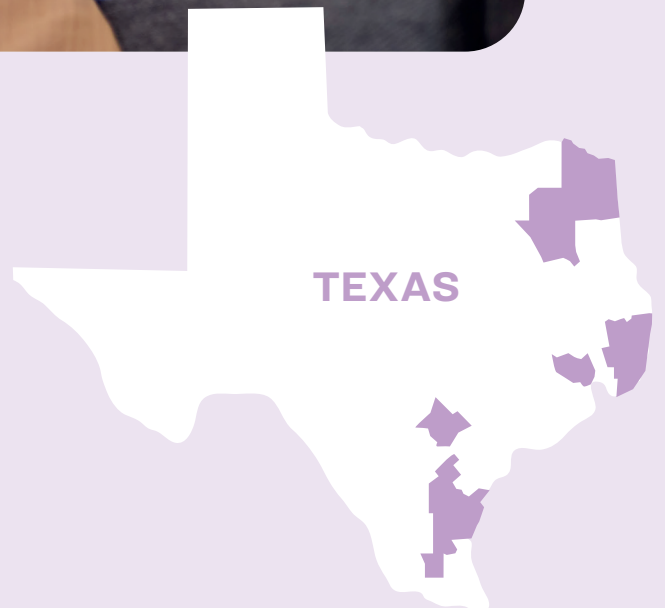
Evidencia de cobertura de 2026



**CHRISTUS HEALTH PLAN TEXAS HEALTH EXCHANGE
ELITE GOLD SMALL GROUP OFF-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





CHRISTUS Elite
EVIDENCIA DE COBERTURA

**Cobertura de grupos pequeños de
Texas Health On - Exchange**

Este plan de atención médica de la organización para el mantenimiento de la salud con opción de beneficios para el consumidor, en su totalidad o en parte, no proporciona los beneficios médicos exigidos por el estado que normalmente se necesitan en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios médicos estándar puede proporcionarle un plan médico más asequible aunque, al mismo tiempo, puede darle menos beneficios del plan médico que los que normalmente se incluyen como beneficios médicos exigidos por el estado en Texas.

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

ESTE NO ES UN CONTRATO DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. EL EMPLEADOR NO SE VUELVE UN SUSCRIPTOR DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES COMPRANDO ESTE CONTRATO, Y SI EL EMPLEADOR NO ESTÁ SUSCRITO, EL EMPLEADOR PIERDE LOS BENEFICIOS QUE DE OTRO MODO SE ACUMULARÍAN SEGÚN LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR LA LEY DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN LO QUE RESPECTA A LOS NO SUSCRIPTORES Y LOS AVISOS NECESARIOS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE”.

Este contrato entra en vigencia 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 que se pagaron las primas y la fecha en que finaliza la cobertura del miembro.

Esta Evidencia de cobertura (“EOC”) es parte del Acuerdo de grupo (“Acuerdo de grupo”) entre el Grupo y CHRISTUS Health Plan (HMO). El Acuerdo de grupo determina los términos y condiciones de la cobertura. Las disposiciones de esta EOC incluyen el **Resumen de beneficios y la cobertura** y cualquier enmienda, cláusula adicional o anexo, que pueda entregarse con la EOC o agregarse más adelante.

HMO acepta darle cobertura para beneficios de acuerdo con las condiciones, derechos y privilegios establecidos en esta EOC. Su cobertura según esta EOC está sujeta a todas las condiciones y disposiciones del Acuerdo de grupo.



Esta EOC describe sus beneficios de atención médica cubiertos. La cobertura de servicios o suministros se da solo si se proporciona mientras usted es miembro y esta cobertura está vigente. Excepto como se muestra en las **DISPOSICIONES GENERALES: La Cobertura de continuación de COBRA** y la **Cobertura de continuación estatal**, no proporciona cobertura para ningún servicio recibido antes de que comience la cobertura o después de que finalice esta.

Ciertas palabras tienen significados específicos en esta EOC. Los términos definidos se escriben en mayúsculas y se muestran en la disposición correspondiente o en la sección **DEFINICIONES** y en las enmiendas o anexos a esta EOC, si corresponde.

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

Lea atentamente esta EOC completa, ya que describe sus derechos y obligaciones y los de la HMO. Es responsabilidad de su grupo y de usted comprender estos términos y condiciones, porque en algunas circunstancias, ciertos servicios médicos no están cubiertos o pueden necesitar autorización previa de HMO.

Esta EOC no abarca ningún servicio si no se pagaron las primas actuales. Si el Acuerdo de grupo se rescinde por falta de pago de la prima, usted es responsable del costo de los servicios recibidos durante el Período de gracia descrito en **CÓMO FUNCIONA EL PLAN**.

Esta EOC se aplica solo a su cobertura de HMO. No limita su capacidad para recibir los servicios de atención médica que no sean servicios cubiertos.

Ningún proveedor participante u otro proveedor, institución, centro o agencia es agente o empleado de HMO.

ESTA EOC NO ES UN CONTRATO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE.

CHRISTUS HEALTH PLAN
CHRISTUS Elite
5101 N. O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039
Llamada sin costo: 1-844-856-0826
www.christushealthplan.org



Índice

DEFINICIONES.....	4
AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO	15
QUIÉN RECIBE BENEFICIOS.....	16
CÓMO FUNCIONA EL PLAN.....	22
PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES	29
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA.....	36
SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS.....	42
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	63
BENEFICIOS DE FARMACIA.....	68
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE FARMACIA	78
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS.....	81
FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)....	89
DISPOSICIONES GENERALES.....	92
MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO	101



DEFINICIONES

Lesión cerebral adquirida significa una lesión neurológica en el cerebro, que no es hereditaria, congénita ni degenerativa. La lesión en el cerebro ocurrió después del nacimiento y da como resultado un cambio en la actividad neuronal, lo que genera una deficiencia del funcionamiento físico, el procesamiento sensorial, la cognición o el comportamiento psicosocial.

Cantidad permitida significa la cantidad máxima determinada por HMO para ser elegible para la consideración del pago de un servicio, suministro o procedimiento en particular prestado por un proveedor participante. La cantidad permitida se basa en las disposiciones del contrato del proveedor participante y la metodología de pago vigente en la fecha del servicio, agrupación relacionada con el diagnóstico (DRG), capitación, valor relativo, programa de tarifas, viáticos u otros.

Trastorno del espectro autista significa un trastorno neurobiológico que incluye autismo, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo, no especificado de otra manera. “Trastorno neurobiológico” significa una enfermedad del sistema nervioso causada por factores genéticos, metabólicos u otros factores biológicos.

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

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

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

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

- afiliado a un hospital según un acuerdo contractual con un sistema establecido para la remisión de pacientes;
- acreditado como un centro por la Comisión Conjunta de la Acreditación de organizaciones de atención médica;
- autorizado, certificado o aprobado como un programa o centro de tratamiento de dependencia química por una agencia del estado de Texas que tenga autoridad legal para tener autorizaciones, certificaciones o aprobaciones; o
- si está fuera de Texas, autorizado, certificado o aprobado como un programa o centro de tratamiento de dependencia química por una agencia apropiada del estado en el que está teniendo autoridad legal para tener autorizaciones, certificaciones o aprobaciones.

Ecología clínica significa el diagnóstico o tratamiento para paciente hospitalizado o ambulatorio de los síntomas alérgicos mediante:

- pruebas de citotoxicidad (prueba del resultado de una comida o inhalante para determinar si reduce o mata los glóbulos blancos);
- autoinyección de orina (inyectar la propia orina en el tejido del cuerpo);



- irritación de la piel por el método Rinkel;
- pruebas de provocación y neutralización subcutáneas (inyectar alérgenos al paciente); o
- pruebas de provocación sublinguales (se colocan microgotas de extractos alérgicos en la boca).

Coseguro significa el porcentaje de la cantidad permitida que debe pagar Usted o en su nombre en el momento del servicio a un Proveedor participante en relación con los Servicios cubiertos proporcionados como se describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

Complicaciones del embarazo significa condiciones que necesiten confinamiento hospitalario (cuando el embarazo no se interrumpe), cuyos diagnósticos son distintos del embarazo, pero se ven afectados negativamente por el embarazo o los causa el embarazo, como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, aborto retenido y condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirán trabajo de parto falso, manchado ocasional, reposo prescrito por un médico durante el período de embarazo, náuseas matutinas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y condiciones similares asociadas con el manejo de un embarazo difícil que no constituyen una complicación médicamente diferente del embarazo y cesárea no electiva, interrupción del embarazo ectópico e interrupción espontánea del embarazo, que ocurre durante un período de gestación en el que no es posible un parto viable.

Mes del contrato significa el período de cada mes sucesivo que comienza en la fecha de inicio del Acuerdo de grupo

Sustancia controlada significa un químico volátil del que se puede abusar según se define en el Código de Salud y Seguridad de Texas, o una sustancia designada como sustancia controlada en el Código de Salud y Seguridad de Texas.

Copago significa la cantidad en dólares que debe pagar usted o en su nombre en el momento del servicio a un Proveedor participante en relación con los Servicios cubiertos proporcionados como se describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

Operación cosmética, reconstructiva o plástica significa una operación que se puede esperar o tiene la intención de mejorar su apariencia física, se hace con fines psicológicos o restaura la forma, pero no corrige ni restaura materialmente una función corporal.

Servicios cubiertos significa aquellos servicios médicos que son médicamente necesarios especificados y descritos en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

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

Cuidado de compañía significa cualquier servicio principalmente para la comodidad o conveniencia personal que da mantenimiento general, atención preventiva o protectora sin ninguna probabilidad clínica de mejora de su condición. Los servicios de cuidado de compañía también significan aquellos servicios que no necesiten las habilidades técnicas, la capacitación profesional ni la capacidad de evaluación clínica del personal médico o de enfermería para poder hacerse de manera segura y efectiva. El personal no profesional



capacitado o capaz puede proporcionar estos servicios que son para ayudar a las necesidades médicas de rutina (por ejemplo, cuidados y vendajes simples, administración de medicamentos de rutina, etc.) y son para ayudar a las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, comer, vestirse, etc.).

Deducible significa la cantidad en dólares que debe pagar usted o en su nombre a un proveedor participante antes de que los beneficios estén disponibles en relación con los servicios cubiertos proporcionados como se describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS cubiertos** y **BENEFICIOS DE FARMACIA**.

Dependientes significa los familiares del suscriptor que cumplen los requisitos de elegibilidad de esta EOC y el suscriptor los inscribió.

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

Pareja doméstica significa una persona con la que usted vive según las directrices del grupo y que se determina como elegible para la cobertura de HMO. Nota: La cobertura de pareja doméstica está disponible a discreción de su empleador. Comuníquese con su empleador para obtener información sobre si la cobertura de pareja doméstica está disponible para su grupo y si hay beneficios similares a COBRA disponibles.

Equipo médico duradero (DME) significa equipo que puede soportar el uso repetido, se usa principal y generalmente para servir a un propósito médico, con frecuencia no es útil para una persona en ausencia de enfermedad o lesión, y es apropiado para su uso en la casa.

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

Atención de emergencia significa servicios de atención médica proporcionados en un centro de emergencia de un hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro comparable para evaluar y estabilizar condiciones médicas de inicio y gravedad recientes, incluyendo, entre otros, dolor intenso, que llevaría a una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, a creer que su condición, la enfermedad o lesión es de tal naturaleza que no recibir atención médica inmediata podría tener como resultado:

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

Sensibilidad ambiental significa el tratamiento hospitalario o ambulatorio de los síntomas alérgicos mediante el control del medio ambiente, la desinfección del entorno (eliminación de materiales tóxicos) o el uso de técnicas especiales de dieta no orgánica y no repetitiva.

Experimental/en investigación significa el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro no aceptado como tratamiento médico estándar de la condición que se está tratando o cualquiera de dichos elementos que necesitan aprobación federal u otra agencia gubernamental no otorgada en el momento en que se proporcionaron los servicios. "Aprobación" de una



agencia federal significa que el tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro está aprobado para la condición que se está tratando y, en el caso de un medicamento, en la dosis que utiliza el paciente. El tratamiento médico incluye tratamiento médico, quirúrgico o dental. “Tratamiento médico estándar” significa los servicios o suministros que son de uso general en la comunidad médica de los Estados Unidos, y:

- se demostró en la literatura que revisaron los colegas que tiene un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la condición que se está tratando;
- son apropiados para el hospital o el proveedor participante; y
- el profesional de la salud tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para proporcionar el tratamiento o procedimiento.

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

Aunque un profesional de la salud puede haber recetado un tratamiento y los servicios o suministros pueden haberse proporcionado como tratamiento de último recurso, dichos servicios o suministros aún pueden considerarse experimentales/de investigación en esta definición. El tratamiento proporcionado como parte de un ensayo clínico o un estudio de investigación es experimental/de investigación.

Período de gracia significa un período de treinta (30) días después de todas las fechas de pago de la prima, excepto la primera, durante las cuales las primas pueden pagarse a HMO sin que se produzca un lapso de cobertura. Si el pago no se recibe en los treinta (30) días, la cobertura se cancelará después del día 30 y usted será responsable del costo de los servicios recibidos durante el Período de gracia.

Grupo significa el empleador o la parte que tiene un Acuerdo de grupo con HMO según el que HMO proporcionará u organizará servicios médicos para los miembros elegibles del Grupo que se inscriban.

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

Plan de beneficios médicos significa un contrato de seguro grupal, general o de franquicia, una EOC emitido bajo un contrato grupal, un contrato grupal de servicios del hospital o un contrato grupal de suscriptor o evidencia de cobertura emitida por una organización de mantenimiento de la salud que da beneficios para servicios de atención médica.

Profesional de la salud significa médicos, enfermeros, audiólogos, asistentes médicos, primeros asistentes de enfermería, acupunturistas, psicólogos clínicos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, patólogos del habla y el lenguaje, asistentes quirúrgicos y otros profesionales dedicados a la prestación de servicios médicos que tienen licencia, ejercen bajo una licencia institucional o certificados, o ejercen bajo la autoridad de un médico o profesional legalmente constituido asociación u otra autoridad consistente con la ley estatal.

HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) significa CHRSTUS Health Plan.



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

- está debidamente autorizado por el estado en el que se encuentra y debe estar acreditado por la Comisión conjunta de acreditación de Organizaciones de atención médica o certificado bajo Medicare;
- se dedica principalmente a proporcionar, como paciente hospitalizado, atención médica y tratamiento de personas enfermas y lesionadas mediante instalaciones médicas, de diagnóstico y quirúrgicas importantes;
- presta todos los servicios en sus instalaciones bajo la supervisión de un personal de médicos;
- da servicios médicos y de enfermería las veinticuatro (24) horas del día; y
- tiene un plan de revisión de utilización del Hospital.

Servicios del hospital (excepto según lo expresamente limitado o excluido en esta EOC) significa aquellos Servicios cubiertos médicamente necesarios que son proporcionados general y habitualmente por hospitales generales de agudos; y recetado, dirigido o autorizado por el PCP.

Infertilidad significa la condición de un miembro presumiblemente sano que no puede concebir ni producir la concepción después de un período de un año de relaciones sexuales heterosexuales frecuentes y sin protección. Esto no incluye las condiciones para los miembros masculinos cuando la causa es una vasectomía u orquiectomía o para los miembros femeninos cuando la causa es una ligadura de trompas o una histerectomía.

La terapia de infusión implica la administración de medicamentos mediante una aguja o catéter. Se receta cuando la condición de un paciente es tan grave que no se puede tratar eficazmente con medicamentos orales. Por lo general, “terapia de infusión” significa que un medicamento se administra por vía intravenosa, pero el término también puede hacer referencia a situaciones en las que los medicamentos se administran mediante otras vías no orales, como inyecciones intramusculares y vías epidurales (en las membranas que rodean la médula espinal). La terapia de infusión en la mayoría de los casos necesita servicios profesionales de la salud para la administración segura y efectiva del medicamento.

Enfermedad o condición potencialmente mortal significa, a los efectos de un ensayo clínico, cualquier enfermedad o condición de la que existe la probabilidad de muerte a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

Red limitada de proveedores significa una subred en una red de entrega de HMO en la que existen relaciones contractuales entre médicos, ciertos proveedores, asociaciones de médicos independientes o grupos de médicos que limitan su acceso solo a los médicos y proveedores de la subred.

Mamografía y otros diagnósticos por imágenes de mama significa un examen de imágenes mediante mamografía, imágenes de ultrasonido o imágenes por resonancia magnética que está diseñado para evaluar:

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



Terapia matrimonial y familiar significa la prestación de servicios de terapia profesional a individuos, familias o parejas casadas, individualmente o en grupos, e implica la aplicación profesional de teorías y técnicas de sistemas familiares en la prestación de servicios de terapia a esas personas. El término incluye la evaluación y mejoramiento de la disfunción cognitiva, afectiva, conductual o relacional en el contexto del matrimonio o los sistemas familiares.

Director médico significa un médico de HMO, o su designado, que es responsable de monitorear la prestación de servicios cubiertos a los miembros.

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

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

Medicamento necesario significa servicios o suministros (excepto según lo limitado o excluido en este documento) que son:

- esencial, consistente y proporcionado para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directa de la condición, enfermedad, dolencia, lesión o mal funcionamiento corporal;
- proporcionado de acuerdo y consistente con los estándares generalmente aceptados de los consultorios médicos en los Estados Unidos;
- no principalmente para su conveniencia o la conveniencia de su proveedor participante; y
- los suministros más económicos o los niveles de servicio apropiados para su tratamiento seguro y eficaz.

Cuando se aplica a la hospitalización, esto significa además que necesita atención de casos agudos como paciente hospitalizado debido a la naturaleza de los servicios prestados o su condición, y no puede recibir atención segura o adecuada como paciente ambulatorio. Para determinar si un servicio es médicamente necesario, HMO puede considerar los puntos de vista de las comunidades médicas estatales y nacionales y las directrices y prácticas de Medicare, Medicaid u otros programas financiados por el gobierno y literatura revisada por colegas. Aunque un proveedor participante puede haber recetado un tratamiento, es posible que dicho tratamiento no sea médicamente necesario en esta definición. Esta definición se aplica solo a la determinación de HMO si los servicios de atención médica son Servicios cubiertos según esta EOC.

Medicare significa el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y todas las enmiendas a la misma.

Miembro significa un suscriptor o dependientes cubiertos por HMO. Esta EOC puede referirse a un miembro como usted.

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

1. El diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno o condición mental listada en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación estadounidense de Psiquiatría*, según lo revisado, o cualquier otro sistema de codificación de diagnóstico que utiliza HMO o su administrador de salud conductual designado, ya sea que la causa de la enfermedad,



trastorno o condición sea física o no, de naturaleza u origen químico o mental;

2. El diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición, enfermedad o trastorno de un Proveedor participante cuando el Servicio cubierto es:
 - psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta,
 - consejería,
 - psicoanálisis,
 - pruebas y evaluaciones psicológicas,
 - la administración o el control de drogas psicotrópicas o
 - visitas al hospital (si corresponde) o consultas en un centro listado en el **punto 5**, abajo;
3. tratamiento electroconvulsivo;
4. psicofármacos;
5. cualquiera de los servicios listados en los **puntos 1-4** arriba, hechos en o por un hospital (si corresponde) u otro centro o unidad con autorización que dé dicha atención.

Centro de tratamiento de salud mental significa un centro que:

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

Cobertura esencial mínima significa cobertura de seguro médico que se reconoce como cobertura que cumple sustancialmente con todos los requisitos de la ley federal relacionados con la cobertura adecuada de seguro médico individual, grupal o gubernamental. Para obtener información adicional sobre si una cobertura en particular se reconoce como “Cobertura esencial mínima”, llame al teléfono de servicio al cliente que se muestra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o visite www.cms.gov.

Obstetra/ginecólogo significa un médico participante contratado por HMO como obstetra o ginecólogo que puede seleccionar una mujer para proporcionar:

- exámenes de bienestar de la mujer;
- atención obstétrica;
- atención de todas las condiciones ginecológicas activas; y
- diagnóstico, tratamiento y remisión para cualquier enfermedad o condición en el alcance de la consulta médica profesional del obstetra/ginecólogo.

Fuera del área significa que no está en el área de servicio.



Participante describe a un Proveedor que tiene un acuerdo contractual con HMO para la prestación de Servicios cubiertos a los miembros.

Médico significa un Doctor en medicina (MD) o Doctor en osteopatía (DO) que tiene la autorización o certificación adecuada para dar atención médica (en el alcance de su autorización) según las leyes del estado donde ejerce el individuo.

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

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

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

Médico de atención primaria o PCP significa el médico participante que es el principal responsable de proporcionar, organizar y coordinar todos los aspectos de su atención médica. Usted y sus dependientes deben seleccionar un PCP de los que HMO lista para prestar servicios de atención primaria. Puede elegir un PCP que sea médico de familia, internista, pediatra u obstetra/ginecólogo.

Servicios profesionales significa aquellos Servicios cubiertos médicamente necesarios prestados por médicos y otros profesionales de la salud de acuerdo con esta EOC. Todos los servicios los debe hacer, recetar, dirigir o autorizar por adelantado el PCP.

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

Proveedor significa cualquier centro, médico, profesional de la salud u otra entidad debidamente autorizada que tenga autorización para prestar servicios de atención médica.

Centro de tratamiento diurno psiquiátrico significa una institución que tiene la autorización adecuada y está acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica como un centro de tratamiento diurno psiquiátrico para la prestación de servicios de enfermedades mentales graves a los miembros por períodos de tiempo que no excedan las ocho horas en cualquier período de 24 horas. Cualquier tratamiento en dicho centro lo debe certificar el médico de atención directa para que se haga en lugar de una hospitalización.

Operación reconstructiva para anomalías craneofaciales significa operación para mejorar la función o intentar crear una apariencia normal de una estructura anormal ocasionada por defectos congénitos, deformidades del desarrollo, traumatismos, tumores, infecciones o enfermedades.

Remisión significa instrucciones o instrucciones específicas de su PCP, según las políticas y procedimientos



de HMO que lo dirigen a un proveedor participante para recibir atención médicamente necesaria.

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

Centro de tratamiento residencial significa un entorno de centro (incluyendo un Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes) que ofrece un curso definido de intervención terapéutica y programación especial en un entorno controlado que también ofrece un grado de seguridad, supervisión, estructura y está autorizado por la autoridad estatal y local correspondiente para dar dicho servicio. No incluye casas de transición, programas de vida silvestre, vida supervisada, hogares grupales, pensiones u otras instalaciones que dan principalmente un entorno de apoyo y tratan las necesidades sociales de largo plazo, incluso si se da consejería en dichos centros. Los pacientes se monitorean médicamente con disponibilidad médica las 24 horas y servicio de enfermería en el lugar las 24 horas para atención de salud mental o tratamiento de dependencia química. HMO necesita que cualquier Centro de tratamiento de salud mental, Centro de tratamiento residencial o Centro de tratamiento de dependencia química tenga autorización en el estado donde se encuentra, o estar acreditado por una organización nacional que reconozca HMO según lo establecido en su contrato de acreditación actual, y que cumpla todos los demás requisitos de acreditación establecidos en dicho contrato.

Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes significa una institución de cuidado infantil que da atención residencial y tratamiento para niños y adolescentes con trastornos emocionales y que está acreditada como centro de tratamiento residencial por el Consejo de acreditación, la Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención médica o la Asociación estadounidense de servicios psiquiátricos para niños.

Costos de atención de rutina al paciente significa los costos de cualquier servicio de atención médica médicamente necesario para el que se dan beneficios bajo el plan de beneficios médicos, sin importar si el miembro está participando en un ensayo clínico.

Los costos de atención de rutina del paciente no incluyen:

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

Enfermedad mental grave significa las siguientes enfermedades psiquiátricas según la definición de la Asociación estadounidense de psiquiatría en el Manual de diagnóstico y estadístico (DSM):

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



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

Centro de enfermería especializada significa una institución o parte distinta de una institución que está autorizada o aprobada por la ley estatal o local, y que da principalmente atención de enfermería especializada y servicios relacionados como un centro de enfermería especializada, un centro de atención extendida o un centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención médica, la Oficina de hospitales de la Asociación Americana de Osteopatía o según lo determine la HMO para cumplir los estándares razonables aplicada por cualquiera de esas autoridades.

Especialista significa un médico debidamente autorizado, que no sea un PCP.

Suscriptor significa una persona que cumple todos los requisitos de elegibilidad e inscripción aplicables de esta EOC, y cuya solicitud de inscripción y pago de la prima HMO los recibió.

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

Servicios de telesalud significa un servicio médico, que no sea un Servicio Médico de Telemedicina o un servicio dental de teleodontología, prestado por un Proveedor profesional médico con autorización o certificado que actúe en el alcance de la autorización o certificación del Proveedor profesional de atención médica que no haga un Servicio médico de Telemedicina que necesite el uso de tecnología avanzada de telecomunicaciones, que no sea por teléfono ni fax, incluyendo:

- transmisión de video, audio o datos interactivos digitales comprimidos;
- transmisión de datos clínicos mediante imágenes por computadora mediante captura de imágenes fijas y almacenamiento y reenvío; y
- otra tecnología que facilite el acceso a servicios de atención médica o experiencia en especialidades médicas.

Servicios médicos de telemedicina significa un servicio de atención médica iniciado por un médico o proporcionado por un proveedor profesional de la salud que actúa bajo delegación y supervisión del médico con el fin de evaluar al paciente por un profesional de la salud, diagnóstico o consulta de un médico, tratamiento o transferencia de datos médicos que necesita el uso de tecnología avanzada de telecomunicaciones, que no sea por teléfono ni fax, incluyendo:

- transmisión de video, audio o datos interactivos digitales comprimidos;
- transmisión de datos clínicos mediante imágenes por computadora mediante captura de imágenes fijas y almacenamiento y reenvío; y
- otra tecnología que facilite el acceso a servicios de atención médica o experiencia en especialidades médicas.

Usuario de tabaco significa una persona a la que las leyes estatales y federales le permiten consumir tabaco legalmente, con el consumo de tabaco (que no sea el uso religioso o ceremonial del tabaco), que ocurre en promedio cuatro o más veces por semana y que ocurrió por última vez en los últimos seis meses (o cualquier



otro significado necesario o permitido por la ley aplicable). El tabaco incluye, entre otros, cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa, tabaco sin humo, rapé, etc. Para obtener más información, llame al servicio al cliente al número gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o visite el sitio web en www.christushealthplan.org.

Atención de urgencia significa servicios médicos o de atención médica proporcionados en una situación que no sea una emergencia que generalmente se dan en un entorno como el consultorio de un proveedor de atención de urgencia o un centro de atención de urgencia participante, como resultado de una lesión o enfermedad aguda que es lo suficientemente grave o dolorosa como para llevar a un persona prudente, que posee un conocimiento promedio de medicina y salud, creer que la condición, enfermedad o lesión de la persona es de tal naturaleza que no obtener tratamiento en un período de tiempo razonable tendría como consecuencia un deterioro grave de la condición médica de la persona.

Proveedor de atención de urgencia se refiere a un proveedor participante que tiene un acuerdo contractual con HMO para la prestación de servicios cubiertos para atención de urgencia a los miembros.

Usted y Su significa cualquier miembro, incluyendo el suscriptor y los dependientes.



AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO

Su plan HMO tiene contratos con médicos, centros y otros proveedores de atención médica para tratar a sus miembros. Los proveedores que se contratan con su plan médico se les llaman “proveedores contratados” (también conocidos como “proveedores dentro de la red”). Los proveedores contratados forman la red de un plan. Su plan solo pagará la atención médica que reciba de médicos y centros en su red.

Sin embargo, hay algunas excepciones, incluyendo para emergencias, cuando usted no eligió al médico y para los servicios de ambulancia.

Red de su plan

Su plan médico debe tener suficientes médicos y centros en su red para dar todos los servicios que cubre el plan. No debería tener que viajar demasiado lejos o esperar demasiado para recibir atención. Esto se llama adecuación de la red. Si no puede encontrar la atención que necesita, pida ayuda a su plan médico. Tiene derecho a recibir la atención que necesita bajo su beneficio en la red.

Si cree que la red no es la adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de seguros (Department of Insurance) de Texas al 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 obtener el directorio en línea en www.christushealthplan.org o llamando al 844-282-3025.

Si usó el directorio de su plan médico para elegir un proveedor de atención médica en la red y resulta que está 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 que estaba fuera de la red cuando estaba en un centro en la red y no eligió al médico, no tendrá que pagar más que su copago, coseguro y deducible habituales. La protección también se aplica si recibió atención de emergencia en un centro fuera de la red o se sometió a análisis de laboratorio o imágenes en relación con la atención dentro de la red.

Si recibe una factura por más de lo que espera, comuníquese con su plan médico. Obtenga más información sobre cómo está protegido de las facturas médicas sorpresa en tdi.texas.gov.



QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS

Elegibilidad

No se impondrán reglas de elegibilidad ni variaciones en la prima en función de su estado médico, condición médica, experiencia en reclamos, recepción de atención, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, discapacidad u otro factor relacionado con el estado de salud. La cobertura bajo esta EOC se proporciona independientemente de su raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Las variaciones en la administración, los procesos o los beneficios de esta EOC se basan en prácticas de manejo médico razonables y clínicamente indicadas, o son parte de un incentivo de bienestar permitido; los desincentivos u otros programas no constituyen discriminación.

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

- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos;
- Debe residir, vivir o trabajar en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan y la residencia legal de los dependientes inscritos debe ser la misma que la del suscriptor, o debe estar:
 - En el área de servicio con la persona que tiene la tutela temporal o permanente o la tutela de los dependientes, incluyendo los adoptados o los niños que se han convertido en objeto de una demanda de adopción del inscrito donde el suscriptor tiene la responsabilidad legal de la atención médica de los dependientes; o
 - En el área de servicio en otras circunstancias en las que el suscriptor es legalmente responsable de 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 para un niño cuya cobertura bajo un plan es obligatoria según una orden de manutención médica o dental.
- Estar legalmente presente en los Estados Unidos, si no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos;
- No estar encarcelado, excepto encarcelado en espera de la disposición de los cargos;
- No ser elegible para Medicare debido a la edad, enfermedad o discapacidad, que no sean personas con enfermedad renal en etapa terminal, ni ser mayor de 65 años y elegible para la parte A sin prima, pero no está recibiendo beneficios del Seguro Social y no se ha inscrito en la Parte A ni en la Parte B.

Elegibilidad del suscriptor. Para ser elegible para inscribirse como suscriptor, una persona debe:

1. residir, vivir o trabajar en el área de servicio; y
2. ser un empleado de buena fe del Grupo con derecho a participar en el resumen de beneficios de atención médica organizado por el Grupo o tener derecho a la cobertura según un acuerdo de fideicomiso o contrato de trabajo; y
3. cumplir los requisitos de período de prueba o de espera establecidos por el Grupo.

Nota: Ningún período de espera puede exceder los 90 días a menos que lo permita la ley aplicable.



Si nuestros registros muestran que su Grupo tiene un período de espera que excede el período de tiempo permitido por la ley aplicable, entonces HMO se reserva el derecho de comenzar su cobertura en una fecha que creemos que está en el período necesario. Independientemente de si ejercemos ese derecho, su Grupo es responsable de su período de espera. Si tiene preguntas sobre su período de espera, comuníquese con su Grupo.

Elegibilidad de dependiente. Para ser elegible para inscribirse como dependiente, una persona debe:

1. cumplir todos los criterios de elegibilidad de dependientes que estableció el Grupo; y
2. ser cónyuge o pareja doméstica del suscriptor. Es posible que sea necesario que el suscriptor presente una copia certificada de una licencia de matrimonio o declaración de matrimonio informal con el formulario de solicitud/cambio de inscripción del dependiente antes de que se extienda la cobertura; o
3. ser un hijo dependiente, lo que en lo sucesivo significa un hijo natural, un hijo adoptivo elegible, un hijastro, un hijo adoptivo (incluyendo un hijo para el que el suscriptor o el cónyuge del suscriptor es parte en una demanda en la que se busca la adopción del niño) o un hijo dependiente de una pareja doméstica menor de veintiséis años de edad, independientemente de la presencia o ausencia de la dependencia financiera de un niño, residencia, estado de estudiante, estado laboral, estado civil, elegibilidad para otra cobertura o cualquier combinación de esos factores. Para ser elegible para la cobertura, un hijo del hijo de un suscriptor también debe depender del suscriptor para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se hace la solicitud de cobertura.

Además, un dependiente incluirá a un hijo para quien el suscriptor o el cónyuge del suscriptor o la pareja doméstica sea un tutor legal designado por el tribunal, siempre que se presente prueba de dicha tutela con el formulario de solicitud/cambio de inscripción del posible dependiente; o

4. ser un niño de cualquier edad que sea y continúe siendo incapaz de mantener un empleo debido a retraso mental o discapacidad física y que dependa principalmente del suscriptor para su apoyo económico y mantenimiento. El suscriptor debe proporcionar a HMO un formulario de Declaración de discapacidad del hijo dependiente, incluyendo una certificación médica de discapacidad, en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de dicha certificación médica después de que el niño alcance la edad límite y, posteriormente, según lo necesita HMO, pero no más de una vez al año. La determinación de elegibilidad de HMO será concluyente; o
5. tener una orden judicial para que se proporcione cobertura a un cónyuge o hijo menor de edad bajo el plan de beneficios médicos del suscriptor y se hará una solicitud de inscripción en los treinta y un (31) días posteriores a la emisión de la orden judicial.
6. ser nieto del asegurado o miembro del grupo si el nieto es:
 - soltero;
 - menor de 25 años; y
 - dependiente del asegurado o miembro del grupo para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se hace la solicitud de cobertura del nieto; y

La cobertura del suscriptor será una condición previa a la cobertura de los dependientes elegibles, y ningún dependiente estará cubierto según la presente antes de la fecha de inicio de la cobertura del suscriptor.



Pérdida de elegibilidad. Debe avisar a HMO sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad, o la de sus dependientes, para servicios o beneficios bajo esta EOC en los treinta y un (31) días posteriores al cambio.

Inscripción y fecha de inicio de la cobertura

A ninguna persona que cumpla los requisitos de elegibilidad de suscriptor o dependiente se le negará la inscripción o reinscripción de HMO debido a su estado médico, edad, requisitos para servicios médicos o la existencia de una condición física o mental preexistente, incluyendo el embarazo. Sin embargo, ninguna persona es elegible para volver a inscribir a quien se le canceló la cobertura bajo las **DISPOSICIONES GENERALES, Terminación de la cobertura**. HMO no cancelará su cobertura debido a su estado médico ni a necesidades de atención médica.

Inscripción inicial. Cada empleado elegible del Grupo tendrá derecho a solicitar cobertura para uno mismo y los dependientes elegibles durante el Período de inscripción abierta grupal inicial. Todas las personas que se incluyen para la cobertura deben listarse en el formulario de solicitud/cambio de inscripción. No se necesita prueba de asegurabilidad. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes posterior al período de inscripción, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

Período de inscripción abierta grupal. Se llevará a cabo un Período de inscripción abierta grupal al menos una vez al año, momento en el que los empleados elegibles o dependientes pueden inscribirse como miembros de HMO. No se necesita prueba de asegurabilidad. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes posterior al período de inscripción, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

Otros eventos de inscripción. La cobertura bajo esta EOC para personas que se vuelven elegibles en momentos distintos a la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta grupal entrará en vigencia como se indica en los **puntos 1-6** a continuación, solo si HMO recibe la solicitud/formulario de cambio de inscripción completo y los pagos de primas aplicables a tiempo. “Oportuno” significa en los treinta y un (31) días a partir de la fecha del evento, a menos que el Grupo y HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

- 1. Empleado recién elegible.** Cada nuevo empleado del Grupo que sea elegible para la cobertura en un momento que no sea la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta grupal puede inscribirse a uno mismo y a los Dependientes elegibles. Si la solicitud no se hace a tiempo, es posible que el nuevo empleado elegible no se agregue hasta el próximo Período de inscripción abierta grupal. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes siguiente a la fecha en que el empleado es elegible, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.
- 2. Dependientes recién elegibles.** El Suscriptor puede inscribir a cualquier persona que sea elegible como Dependiente completando y enviando a HMO un formulario de solicitud/cambio de inscripción en los treinta y un (31) días posteriores a la obtención de la elegibilidad. No se necesita prueba de asegurabilidad. La fecha de inicio de la cobertura será la fecha del evento, es decir, matrimonio, entrada en una pareja doméstica, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda de adopción o tutela, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario. Los Dependientes recién elegibles que no se agreguen a la cobertura en los treinta y un (31) días posteriores al evento entrarán en vigencia de acuerdo con las disposiciones para inscritos tardíos.



3. **Cobertura para niños recién nacidos.** La cobertura será automática para el Abonado o el hijo recién nacido del cónyuge o la pareja doméstica del Abonado durante los primeros treinta y un (31) días posteriores a la fecha de nacimiento. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si el menor es un Dependiente elegible y usted avisa a HMO (verbalmente o por escrito) o envía una solicitud de inscripción/formulario de cambio a HMO de manera oportuna y hace o acepta hacer cualquier pago adicional de la prima de acuerdo con esta EOC. La fecha de inicio de la cobertura para niños recién nacidos será la fecha de nacimiento del recién nacido. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
4. **Niños recién adoptados.** La cobertura será automática para un hijo recién adoptado del Suscriptor durante los primeros treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el Suscriptor sea parte en una demanda por adopción o treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la adopción sea definitiva. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si el menor es un Dependiente elegible y Usted envía una Solicitud de inscripción/Formulario de cambio a HMO en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el Suscriptor se convierte en parte en una demanda de adopción, la fecha en que la adopción se convierte en definitiva y usted hace o acepta hacer los pagos de Prima requeridos de acuerdo con esta EOC. La fecha de inicio de la cobertura para niños recién adoptados será la fecha en que inicie una demanda de adopción o la fecha en que la adopción sea definitiva. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.
5. **Dependientes ordenados por la corte.** Los hijos dependientes para quienes el suscriptor haya recibido una orden judicial que necesita que el suscriptor proporcione cobertura médica estarán cubiertos por un período inicial de treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el grupo reciba el aviso de la orden judicial. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si presenta a HMO el Formulario de Solicitud/Cambio de Inscripción correspondiente en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de recepción de la orden judicial del Grupo y hace o acepta hacer pagos adicionales de Primas de acuerdo con esta EOC. La Fecha de inicio de la Cobertura para Dependientes ordenados por la corte será la fecha en que el Grupo reciba la orden judicial. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

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

6. **Inscritos tardíos; Eventos especiales de inscripción.** Los Suscriptores o Dependientes elegibles inicial o recientemente elegibles para la inscripción que no se inscriban en los treinta y un (31) días posteriores a la elegibilidad son inscritos tardíamente y solo pueden inscribirse durante un Período de inscripción abierta grupal posterior. Un suscriptor o dependiente elegible no es un inscrito tardío en las siguientes situaciones:
 - a. **Adiciones familiares.** En caso de matrimonio, entrada en una pareja doméstica, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda de adopción o recibir una orden judicial para proporcionar cobertura al cónyuge o hijos de un Suscriptor (o persona elegible como



Suscriptor), un Suscriptor que no se inscribió cuando inicialmente era elegible, puede inscribirse e inscribir a cualquier persona que sea elegible para ser Dependiente, como se establece abajo. No se necesita prueba de asegurabilidad. Si el formulario de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables no son oportunos, estas personas se inscriben tarde y solo pueden inscribirse en un Período de inscripción abierta grupal posterior.

- (1) **Matrimonio o pareja doméstica.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor y al cónyuge o pareja conviviente del Suscriptor en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha del matrimonio o la entrada en una pareja doméstica. La Fecha de inicio de la Cobertura es el primer día del mes siguiente a la fecha del evento, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.
 - (2) **Nacimiento o adopción.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor, al cónyuge o pareja conviviente del Suscriptor o a los hijos recién nacidos o recién adoptados del Suscriptor. La fecha de inicio de la cobertura será la fecha de nacimiento, adopción o convertirse en parte en una demanda por adopción.
 - (3) **Dependientes ordenados por la corte.** El suscriptor puede inscribir al cónyuge o hijos para quienes recibió una orden judicial que le exige proporcionar cobertura médica.
 - (a) **Menores bajo orden judicial:** Un Suscriptor puede inscribirse a sí mismo, si aún no está cubierto, y a dichos niños sujetos a la orden judicial. La fecha de inicio de la cobertura es a partir de la fecha en que el grupo recibe el aviso de la orden judicial si HMO recibe la solicitud/formulario de cambio de inscripción en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el grupo recibe una orden judicial o aviso de una orden judicial, y usted hace o acepta hacer otros pagos de la Prima.
 - (b) **Cónyuge ordenado por la corte:** La Fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes después de que HMO reciba la solicitud/formulario de cambio de inscripción, si HMO recibe el formulario de solicitud/cambio en los treinta y un (31) días posteriores a la emisión de la orden judicial y usted hace o acepta hacer otros pagos de la prima.
- b. Pérdida de otra cobertura.** Cualquier persona elegible como suscriptor o dependiente que no se inscribió cuando inicialmente fue elegible puede inscribirse si se cumple cada una de las siguientes condiciones, y si HMO recibe formularios de solicitud/cambio de inscripción completos y pagos de primas aplicables en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que finaliza la cobertura o después de que se deniega un reclamo debido a que se alcanza el límite de por vida bajo otro plan de beneficios médicos, plan de beneficios médicos del empleador autofinanciado u otra cobertura de seguro médico (denominados colectivamente en esta subsección como “plan de beneficios médicos anterior”):
- (1) usted o cualquier Dependiente elegible estaba cubierto por un plan de beneficios médicos anterior en el momento en que inicialmente era elegible para inscribirse;
 - (2) usted rechazó la inscripción, por escrito, para usted o sus dependientes en el momento de la elegibilidad inicial, indicando que la cobertura de un plan de beneficios médicos anterior fue la razón para rechazar la inscripción; y
 - (3) usted o cualquier dependiente elegible perdió la cobertura bajo un plan de beneficios médicos anterior como resultado de:
 - (a) terminación de la relación laboral;



- (b) una reducción en el número de horas de empleo;
- (c) terminación de la cobertura de su plan de beneficios médicos anterior;
- (d) usted o su dependiente presentan en un reclamo que cumpliría o excedería un límite de por vida en todos los beneficios bajo la cobertura del plan de beneficios médicos anterior;
- (e) el plan de beneficios médicos anterior ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situación similar que lo incluyen a usted o a sus dependientes;
- (f) si la cobertura fue mediante una organización de mantenimiento de la salud, usted o sus dependientes ya no residen, viven ni trabajan en el área de servicio de la organización de mantenimiento de la salud y no hay otra opción de beneficio disponible;
- (g) terminación de la contribución a la prima hecha por el empleador anterior;
- (h) finalización del estado de dependiente (por ejemplo, debido a la muerte de un cónyuge, divorcio, separación legal o alcanzar la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente bajo el plan de beneficios médicos previo); o
- (i) vencimiento del período de continuación de la cobertura del plan de beneficios médicos anterior bajo el Título X de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), según enmendada, o bajo las disposiciones de continuación del Código de Seguros de Texas.

La fecha de inicio de la cobertura bajo esta subsección es el día después de que finalizó la cobertura anterior.

- c. **Pérdida de cobertura gubernamental por dependientes.** Una persona que es elegible para inscribirse y que perdió la cobertura de Medicaid (Título XIX de la Ley del Seguro Social), que no sea la cobertura que consiste únicamente en beneficios bajo la Sección 1928 de esa Ley (42 USC Sección 1396) o según el Programa de seguro médico para niños de Texas (CHIP), Capítulo 62, Código de Salud y Seguridad, no es un inscrito tardío siempre y cuando los formularios de solicitud/cambio de inscripción apropiados y los pagos de primas aplicables los reciba HMO sesenta (60) días después de la fecha en que dicha persona pierde la cobertura. La cobertura entrará en vigencia el día después de que finalice la cobertura anterior.
- d. **Programa de reembolso de pago de primas de seguro médico (HIPP).** Una persona que es elegible para inscribirse y que es beneficiaria de asistencia médica bajo el Programa Medicaid del estado de Texas o está inscrita en CHIP, y que participa en el Programa de reembolso HIPP del estado de Texas puede inscribirse sin restricciones de período de inscripción. Si la persona no es elegible a menos que se inscriba un familiar, tanto la persona como el familiar pueden inscribirse. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes después de que HMO reciba (i) un aviso por escrito de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas, o (ii) formularios de inscripción, de su parte, siempre que HMO reciba dichos formularios y los pagos de primas aplicables en los sesenta (60) días posteriores a la fecha en que la persona sea elegible para participar en el Programa de reembolso HIPP.



CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Información del proveedor

Tiene derecho a recibir atención médica y servicios de los Proveedores participantes, incluyendo los servicios médicos, quirúrgicos, de diagnóstico, terapéuticos y preventivos médicamente necesarios que se dan de manera general y habitual en el Área de servicio. Es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Para estar cubierto, un servicio que es médicamente necesario también debe describirse en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**. Aunque un médico u otro profesional de la salud haya hecho, recetado o recomendado un servicio, no significa que sea médicamente necesario o que esté cubierto por **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**. Algunos servicios cubiertos también pueden requerir autorización previa de HMO. Los procesos de autorización previa se llevarán a cabo de acuerdo con las leyes del estado de Texas.

Solo los servicios hechos, recetados, dirigidos o autorizados por adelantado por el PCP o HMO son beneficios cubiertos por esta EOC, excepto la atención de emergencia, la atención de urgencia o los servicios cubiertos proporcionados a las miembros femeninas, que pueden acceder directamente a un obstetra/ginecólogo en la misma red de proveedores limitada que su PCP para: 1) exámenes de mujer sana; 2) atención obstétrica; 3) atención de todas las condiciones ginecológicas activas; y 4) diagnóstico, tratamiento y remisión para cualquier enfermedad o condición en el alcance de la práctica profesional del obstetra/ginecólogo. Los PCP en una red de proveedores limitada se identificarán en el directorio de proveedores de HMO o puede llamar al servicio al cliente al teléfono gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

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

Selección de un PCP

En el momento de inscribirse, debe elegir un PCP. Si algún miembro es menor de edad o no puede seleccionar un PCP, el Suscriptor debe seleccionar un PCP en nombre del Miembro. Si sus dependientes se inscriben, usted y sus dependientes deben elegir un PCP del directorio de proveedores participantes de HMO para recibir los servicios cubiertos. Para obtener la lista más actualizada de proveedores participantes, visite el sitio web [en www.christushealthplan.org](http://www.christushealthplan.org). También puede consultar el directorio de su proveedor o llamar al servicio de atención al cliente al teléfono gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. También puede solicitar una copia escrita del directorio de proveedores participantes, que se actualiza trimestralmente, llamando al servicio al cliente. Cada directorio identifica a los proveedores que aceptan solo pacientes existentes. HMO puede asignar un PCP si no se ha seleccionado uno.

Las mujeres inscritas pueden seleccionar, además de un médico de atención primaria, un obstetra o ginecólogo para que dé al miembro servicios de atención médica que estén en el alcance de la práctica profesional especializada de un obstetra o ginecólogo debidamente acreditado.

Los miembros que se hayan diagnosticado con una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal pueden solicitar aprobación para elegir a un especialista participante como PCP mediante el proceso descrito en **Especialista como PCP**.



Su PCP

Su PCP coordina su atención médica, según corresponda, ya sea dándole tratamiento o emitiendo referencias para dirigirlo a los proveedores participantes. El PCP también puede ordenar pruebas de laboratorio y radiografías, recetar medicamentos o terapias y organizar la hospitalización.

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

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

Cambiar su PCP

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

En caso de terminación de un Proveedor participante de cualquier tipo, HMO hará todo lo posible para avisar con anticipación razonable a los miembros que reciben atención de dicho Proveedor participante que la terminación es inminente. Circunstancias especiales pueden hacer que sea elegible para continuar recibiendo tratamiento de un proveedor participante después de la fecha de inicio de la terminación, que se describe en detalle en **Continuidad de la atención**.

Continuidad de la atención

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

- Tiene una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal, está programada para someterse a una operación no electiva (incluida la recepción de atención postoperatoria) o está embarazada; y
- El Proveedor acepta continuar aceptando el mismo reembolso que se aplicó cuando participaba en la red de HMO, y no solicitarle el pago de ningún cantidad del que no sería responsable si el Proveedor aún estuviera participando en la red de HMO.

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

En el caso de que un miembro esté viendo a un médico o proveedor que esté pendiente de terminación del plan, CHRISTUS Health Plan avisará al miembro.



Especialista como PCP

Si le diagnosticaron una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede comunicarse con el servicio al cliente al teléfono gratuito que está en su tarjeta de identificación para obtener información sobre el envío para su aprobación del Director médico de HMO para elegir un especialista participante como su PCP. El Director Médico requerirá que tanto usted como el especialista participante interesado en servir como su PCP firmen una certificación de necesidad médica, para presentar junto con toda la documentación de respaldo. El especialista participante debe cumplir los requisitos de HMO para la participación del PCP y estar dispuesto a aceptar la coordinación de todas sus necesidades de atención médica. Si se deniega su solicitud, puede apelar la decisión como se describe en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**. Si se aprueba su solicitud, la designación del especialista como su PCP no tendrá efecto retroactivo. Como se usa en este documento, “potencialmente mortal” significa una enfermedad o condición para la cual la probabilidad de muerte es probable a menos que se interrumpa el curso de la enfermedad o condición.

Disponibilidad de proveedores

HMO no puede garantizar la disponibilidad o la participación continua de un Proveedor en particular. Tanto HMO como cualquier proveedor participante pueden rescindir el contrato del proveedor o limitar la cantidad de miembros que se aceptarán como pacientes. Si el PCP seleccionado inicialmente no puede aceptar más pacientes, se le dará la oportunidad de hacer otra selección de PCP. Luego debe cooperar con HMO para seleccionar otro PCP.

Divulgación de médicos o proveedores en el centro

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1451.501(1-a) y §1451.504, CHRISTUS Health Plan mantiene un directorio de proveedores que identifica claramente a los médicos o proveedores de los centros. El directorio incluye encabezados separados para los tipos de proveedores basados en los centros, incluyendo:

- Radiólogos
- Anestesiólogos
- Patólogos
- Neonatólogos
- Cirujanos asistentes
- Hospitalistas
- Intensivistas

CHRISTUS Health Plan no está obligado a incluir en el directorio a ningún médico ni proveedor del centro que trabaje para este. Los miembros pueden acceder al directorio de proveedores más actualizado en línea en www.christushealthplan.org o pueden solicitar una copia impresa comunicándose con Servicios para Miembros.



Servicios fuera de la red

Puede obtener Servicios cubiertos de Proveedores que no forman parte de la red de Proveedores participantes de HMO cuando recibe Atención de emergencia. Además, los Dependientes ordenados por la corte que viven fuera del Área de Servicio pueden usar Proveedores no Participantes.

Si los Servicios cubiertos no están disponibles de los Proveedores participantes en los requisitos de acceso establecidos por la ley y la normativa, HMO le permitirá usar un Proveedor no participante para servicios cubiertos médicamente necesarios, que no sean atención de emergencia, según lo aprobado por la HMO. Este proceso se hace mediante una solicitud de referencia, que se aprobará en los cinco días hábiles. Cuando un médico fuera de la red en un centro en la red, un proveedor de diagnóstico por imágenes fuera de la red, un proveedor de servicios de laboratorio presta los servicios o si no se le da la opción de elegir un médico o proveedor de la red, el plan reembolsará completamente al médico fuera de la red a la tarifa habitual y acostumbrada. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Atención hospitalaria de personas que no son PCP

Durante una estadía como paciente hospitalizado en un hospital participante, centro de enfermería especializada u otro centro participante, puede ser apropiado que un médico que no sea su PCP dirija y supervise su atención, si su PCP no lo hace. Sin embargo, al momento del alta, debe regresar al cuidado de su PCP o hacer que su PCP coordine la atención que pueda ser médicamente necesaria.

Servicios médicos de emergencia: Proveedores terrestres fuera de la red

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §38.006 y los estatutos relacionados, CHRISTUS Health Plan da cobertura para transporte terrestre de emergencia y servicios médicos de emergencia prestados por un proveedor de servicios médicos de emergencia fuera de la red. Esto se aplica cuando los servicios los proporciona un proveedor de servicios médicos de emergencia según lo define el Código de Salud y Seguridad de Texas §773.003(11).

Cuando los servicios los proporciona un proveedor de servicios médicos de emergencia terrestre fuera de la red:

- La responsabilidad financiera del inscrito se limita al copago, coseguro y deducible en la red aplicables
- El plan reembolsará al proveedor en función de las tarifas establecidas por la subdivisión política correspondiente, si se presenta al Departamento de Seguros de Texas bajo TIC §38.006
- Si no se presentan dichas tarifas, el reembolso seguirá la metodología de cantidad permitido del plan, sujeto a la ley aplicable
- El plan cumplirá los plazos de pago necesarios bajo TIC §§1271.159 y 1275.054.

Esta sección no se aplica a los servicios de ambulancia aérea.



Comunicación con el proveedor

HMO no prohibirá, intentará prohibir o disuadir a ningún proveedor de discutir o comunicarle a usted o a su designado cualquier información u opinión con respecto a su atención médica, cualquier disposición del plan de beneficios médicos en relación con sus necesidades médicas o el hecho de que el contrato del proveedor con HMO ha terminado o que el proveedor ya no dará servicios bajo HMO.

Sus responsabilidades

- Deberá completar y enviar una solicitud u otros formularios o declaraciones que puedan solicitarse razonablemente. Usted acepta que toda la información contenida en las solicitudes, formularios y declaraciones enviadas a HMO debido a la inscripción a esta EOC o la administración en este documento será verdadera, correcta y completa a su leal saber y entender.
- Deberá avisar a HMO de inmediato sobre cualquier cambio de dirección para usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos.
- Usted comprende que HMO actúa basándose en toda la información que proporcionó en el momento de la inscripción y después y declara que la información proporcionada es verdadera y precisa.
- Al elegir la cobertura según esta EOC, o aceptar los beneficios según la presente, todos los Miembros que son legalmente capaces de contratar, y los representantes legales de todos los Miembros que no pueden contratar, en el momento de la inscripción y después, declaran que toda la información proporcionada es verdadera y precisa y aceptan todos los términos, condiciones y disposiciones del presente.
- Usted está sujeto y cumplirá las reglas y reglamentaciones de cada Proveedor del que se dan beneficios.

Negativa a aceptar tratamiento

Puede, por razones personales, negarse a aceptar procedimientos o tratamientos de un Proveedor participante. Los Proveedores participantes pueden considerar que dicha negativa a aceptar sus recomendaciones es incompatible con la continuación de la relación Proveedor-paciente y obstruye la prestación de atención médica adecuada. Los Proveedores participantes harán todo lo posible para prestar todos los Servicios Profesionales necesarios y apropiados de una manera compatible con Sus deseos, en la medida en que esto pueda hacerse de acuerdo con el juicio del Proveedor Participante en cuanto a los requisitos de la práctica médica adecuada. Si se niega a seguir un tratamiento o procedimiento recomendado, y el Proveedor Participante le informó de su creencia de que no existe una alternativa profesionalmente aceptable, ni HMO ni ningún Proveedor Participante tendrán ninguna otra responsabilidad de dar atención para la condición bajo tratamiento.

Pago de primas

En la fecha de vencimiento de la prima o antes, el Grupo o su agente designado remitirán el pago a HMO en nombre de cada suscriptor y dependientes la cantidad especificada por HMO.



Falta de pago

Solo si HMO recibe su pago estipulado, tendrá derecho a los servicios médicos cubiertos según la presente y solo durante el mes del contrato por el que se recibe dicho pago. Si no se recibe algún pago necesario antes de la fecha de vencimiento de la prima del mes del contrato, se le rescindirá al final del período de gracia del mes del contrato. Usted será responsable del costo de los servicios que se le presten durante el período de gracia del mes del contrato en caso de que el grupo no haga los pagos de la prima.

Cambio en las tarifas de las primas

HMO se reserva el derecho de establecer un cronograma revisado de pagos de primas en cada fecha de aniversario de esta EOC mediante aviso por escrito al grupo con sesenta (60) días.

Un usuario de tabaco puede estar sujeto a un aumento de la prima de hasta 1.5 veces la tasa aplicable a los que no son usuarios de tabaco, en la medida permitida por la ley aplicable, siempre que HMO dé la oportunidad de compensar dicha variación de la Prima mediante la participación en un programa de bienestar para prevenir o reducir el consumo de tabaco, si así lo exige la legislación aplicable.

Procedimiento de quejas de los miembros

Cualquier problema o reclamo entre usted y HMO o entre usted y un Proveedor participante debe tratarse mediante el proceso descrito en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**. Las quejas pueden referirse a aspectos médicos o no médicos de la atención y a esta EOC, incluyendo su incumplimiento o terminación.

Tarjeta de identificación

Las tarjetas emitidas a los miembros bajo esta EOC son solo para identificación. La tarjeta de identificación no confiere ningún derecho a servicios u otros beneficios bajo esta EOC. Para tener derecho a cualquier servicio o beneficio, el titular de la tarjeta de identificación debe ser un miembro en cuyo nombre se hayan pagado realmente todas las Primas aplicables bajo esta EOC.

La tarjeta ofrece una forma conveniente de proporcionar información importante específica para su cobertura incluyendo, entre otros, lo siguiente:

- **Su número de identificación de miembro.** Este número de identificación único está precedido por un prefijo alfabético de tres caracteres que identifica al plan médico como su aseguradora.
- Cualquier cantidad de copago que pueda aplicarse a su cobertura.
- Números de teléfono importantes.

Recuerde siempre llevar consigo su tarjeta de identificación y presentarla a sus proveedores o farmacias cuando reciba servicios o suministros de atención médica.

Recuerde que cada vez que se produce un cambio en su familia, puede ser necesario que se le emita una nueva tarjeta de identificación a usted o a cada dependiente cubierto (consulte la sección **QUIÉN OBTIENE BENEFICIOS** para obtener instrucciones cuando se hacen cambios). Al recibir el cambio en la información, HMO proporcionará una nueva tarjeta de identificación.



Uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de tarjetas de identificación

1. El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de identificación emitidas a Usted y Sus dependientes cubiertos incluirá, entre otras, las siguientes acciones, cuando sea intencional:
 - a. Uso de la tarjeta de identificación antes de su fecha de inicio de cobertura;
 - b. Uso de la tarjeta de identificación después de su fecha de terminación de la cobertura bajo la EOC;
 - c. Obtener medicamentos con receta u otros beneficios para personas no cubiertas por el EOC;
 - d. Obtener medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos por el EOC;
 - e. Obtener medicamentos cubiertos para su reventa o para su uso de cualquier persona que no sea la persona para la que está escrita la Orden de receta, aunque la persona esté cubierta por la EOC;
 - f. Obtener medicamentos cubiertos sin una orden de receta o mediante el uso de una orden de receta falsificada o alterada;
 - g. Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso médicamente necesarios o prudentes o que eludan las limitaciones de cantidad del EOC;
 - h. Obtener medicamentos con receta utilizando órdenes de recetas para los mismos medicamentos de múltiples proveedores;
 - i. Obtener medicamentos con receta de varias farmacias mediante el uso de la misma orden de receta.

2. El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo u otro uso indebido de tarjetas de identificación de cualquier miembro puede resultar, entre otros, en la aplicación de las siguientes sanciones a todos los miembros cubiertos por su cobertura:
 - a. Denegación de beneficios;
 - b. Cancelación de la cobertura bajo la EOC para todos los miembros bajo su cobertura;
 - c. Recuperación de usted o de cualquiera de sus dependientes cubiertos de cualquier pago de beneficios realizado;
 - d. Aprobación previa de compras de medicamentos y servicios médicos para todos los miembros que reciben beneficios bajo su cobertura;
 - e. Aviso a las autoridades correspondientes de posibles violaciones de la ley o la ética profesional.

Reembolso de reclamos de miembros

No se espera que haga pagos, aparte de los copagos/coseguros requeridos y los deducibles aplicables, por los beneficios proporcionados según la presente. Sin embargo, si hace dichos pagos, puede enviar a HMO un reclamo de reembolso y, cuando haya un reembolso, el Proveedor le hará dicho reembolso. Su reclamo solo se permitirá si avisa a HMO en los noventa (90) días a partir de la fecha en que se incurrió por primera vez en los gastos cubiertos, a menos que se pueda demostrar que no era razonablemente posible dar aviso en el límite de tiempo, y que el aviso se dio tan pronto como fue razonablemente posible. Sin embargo, no se permitirán beneficios si el aviso de reclamo se hace después de un (1) año a partir de la fecha en que se usaron los gastos cubiertos, excepto para reclamos de medicamentos con receta que deben presentarse en los noventa (90) días posteriores a la fecha de compra para calificar para el reembolso bajo los beneficios de farmacia. Debe proporcionar una prueba escrita de dicho pago a HMO en un (1) año de la ocurrencia.



En los quince (15) días posteriores a la recepción del aviso por escrito de un reclamo, HMO acusará recibo del reclamo y comenzará cualquier investigación necesaria. Puede ser necesario que HMO le solicite información adicional. Los reclamos se atenderán en un plazo de quince (15) días hábiles a partir de la recepción completa de un reclamo, a menos que se le avise que se necesita tiempo adicional y por qué. HMO actuará sobre un reclamo completado a más tardar cuarenta y cinco (45) días después de que se le entregue el aviso de tiempo adicional. Si HMO le avisa que HMO pagará un reclamo o parte de un reclamo, HMO pagará un reclamo aprobado a más tardar cinco (5) días hábiles después de la fecha en que se realiza el aviso. Visite el sitio web en www.christushealthplan.org o llame al servicio al cliente al número gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener un formulario de reclamo médico HMO o un formulario de reclamo de reembolso de recetas.

Reconsideración de reclamos o beneficios

Si un reclamo o una solicitud de beneficios es parcial o totalmente denegada por HMO, recibirá una explicación por escrito del motivo de la denegación y tendrá derecho a una revisión completa. Si quiere solicitar una revisión o tiene preguntas sobre la explicación de beneficios, llame o escriba al servicio de atención al cliente al teléfono o dirección que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Si no está satisfecho con la información recibida en la llamada o en correspondencia escrita, puede solicitar una apelación de la decisión o presentar una queja. Puede obtener una revisión de la denegación siguiendo el proceso establecido en **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES**.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES

Consultas de clientes

Usted o un representante designado pueden dirigir sus consultas a un representante de servicio al cliente de HMO por correo o llamando al teléfono gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Las consultas resueltas a su satisfacción las rastreará la HMO. Si una consulta no se resuelve con prontitud y a su satisfacción, en los 180 días posteriores a la recepción de su EOB o determinación adversa, puede presentar una queja o apelación y se manejará de acuerdo con el procedimiento de queja que se describe a continuación.

Cómo presentar una queja ante la HMO

Un “Demandante” significa usted u otra persona, incluyendo un médico o proveedor, designado para actuar en su nombre, que presenta una queja.

Una “Queja” significa cualquier insatisfacción expresada por un demandante oralmente o por escrito a HMO sobre cualquier aspecto de la operación de HMO, incluyendo, entre otros:

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



No significa un malentendido o un problema de desinformación que se resuelva rápidamente aclarando el malentendido o proporcionando la información adecuada a su satisfacción. Una Queja tampoco incluye la expresión oral o escrita de insatisfacción o desacuerdo de un proveedor o miembro con una determinación adversa, que se define en **Cómo apelar una determinación adversa**.

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

En los treinta (30) días calendario posteriores a la recepción de la queja o el formulario de queja por escrito, HMO investigará y resolverá la queja y enviará al demandante una carta explicando la resolución de HMO. La carta incluirá: 1) las razones médicas y contractuales específicas de la decisión, incluyendo cualquier exclusión, limitación o circunstancia médica de beneficios aplicable; 2) información adicional requerida para adjudicar un reclamo, si es necesario; 3) la especialización de cualquier Proveedor consultado; y 4) una descripción completa del proceso de apelación de la queja, incluyendo los plazos para el proceso de apelación y para la decisión final sobre la apelación.

Si disputa la resolución de la queja, puede seguir el proceso de apelación de quejas de **HMO descrito en Cómo apelar una decisión de queja de HMO**. Si su plan médico se rige por la Ley de seguridad de ingresos de jubilación de los empleados (ERISA), tiene derecho a iniciar una acción civil bajo 502 (a) de ERISA.

Las quejas relacionadas con emergencias o denegación de estadías hospitalarias continuas se investigarán y resolverán de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero no podrán exceder las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. HMO no participará en ninguna acción de represalia contra Usted o el Grupo, incluyendo la terminación o la negativa a renovar esta EOC de Cobertura, porque usted o el grupo hayan presentado razonablemente una queja contra la HMO o hayan apelado una decisión de HMO. HMO tampoco tomará represalias contra un médico o proveedor, incluyendo la rescisión o la negativa a renovar su contrato, porque el médico o proveedor, en nombre de un miembro, haya presentado razonablemente una queja contra la HMO o haya apelado una decisión de HMO.

Revisión retrospectiva de utilización

Si se hace una Revisión de utilización retrospectiva y da como resultado una determinación adversa, le avisaremos a usted y a su proveedor de la determinación adversa en un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que se recibió el reclamo.

El período de treinta (30) días puede extenderse por otros quince (15) días si determinamos que una extensión es necesaria debido a asuntos fuera de nuestro control y usted y su proveedor son avisados de la extensión con la fecha de determinación esperada en los treinta (30) días posteriores a la recepción del reclamo.

Si se necesita una prórroga porque usted o su proveedor tienen que presentar la información necesaria para tomar una decisión sobre la solicitud, el aviso describirá específicamente la información necesaria para tomar la determinación y le dará a usted y a su proveedor al menos cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de recepción del aviso de prórroga para proporcionar la información especificada.



Cómo apelar la decisión de una queja de HMO

Si la queja no se resuelve a su satisfacción, el proceso de apelación de quejas de HMO le otorga el derecho de comparecer en persona, por teléfono u otros métodos tecnológicos ante un panel de apelación de quejas en el área de servicio donde normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que el demandante acepte otro sitio. El panel de apelación de quejas también puede considerar una apelación por escrito.

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

Para asesorar a HMO sobre la resolución de la disputa, HMO nombrará personas para un panel de apelación de quejas compuesto por un número igual de personal de HMO, médicos u otros proveedores y miembros de la HMO.

Los representantes del panel de apelación de quejas no habrán estado involucrados previamente en la decisión en disputa. Los médicos u otros proveedores deben tener experiencia en el área de atención que está 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 de quejas debe incluir a una persona que sea especialista en ese campo. Los miembros de la HMO en el panel de apelación de quejas no serán empleados de la HMO.

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

- documentación que debe presentar el personal de HMO al panel de apelación de quejas;
- la especialización de cualquier médico o proveedor consultado durante la investigación;
- el nombre y la afiliación de cada representante de HMO en el panel de apelación de quejas; y
- la fecha y el lugar de la audiencia.

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

- presentar información escrita u oral;
- presentar testimonio de expertos alternativos;
- solicitar la presencia e interrogar a los responsables de tomar la determinación previa que resultó en la apelación; y
- traer a cualquier persona que el demandante desee, pero solo el demandante puede interrogar directamente a los participantes de la reunión.

El demandante o la persona designada recibirá una decisión por escrito de la apelación de la queja, incluyendo la determinación médica específica, la base clínica y los criterios contractuales utilizados para llegar a la decisión final, y el teléfono gratuito y la dirección del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, TDI).



Las apelaciones de quejas relacionadas con una emergencia en curso o la denegación de hospitalización continua se investigarán y resolverán de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero a más tardar un día hábil, pero no más de 72 horas, a partir de la recepción de HMO de la solicitud de apelación del demandante. A solicitud del Demandante, HMO proporcionará (en lugar de un panel de apelación de quejas) una revisión de un médico o proveedor que no haya revisado previamente el caso y sea de la misma especialidad o similar que generalmente maneja la condición, procedimiento o tratamiento médico o dental bajo consideración en la apelación. El médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante designado por el paciente y decidirá la apelación. El médico o proveedor puede entregar un aviso inicial de la decisión de apelación oralmente si luego proporciona un aviso por escrito a más tardar el tercer día después de la fecha de la decisión.

Previa solicitud y sin cargo, el demandante o su designado puede tener acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo o apelación, incluyendo:

- información en la que se basa para tomar la decisión;
- información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, ya sea que se haya confiado o no en ella para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y las salvaguardias utilizadas para tomar la decisión;
- registros de cualquier revisión independiente realizada por HMO;
- juicios médicos, incluyendo si un servicio en particular es experimental, de investigación o no médicamente necesario o apropiado; y
- consejería y consulta de expertos obtenidos de HMO en relación con el reclamo denegado, ya sea que se haya confiado o no en el consejería para tomar la decisión.

Cómo apelar ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, incluyendo las personas que intentaron resolver Quejas mediante el proceso de quejas de HMO y no están satisfechas con la resolución, pueden presentar una presunta violación a TDI, Consumer Protection (protección al consumidor) (1111A), P. O. Box 12030, Austin, Texas 78711-2030 o por fax al (512) 490-1007.

Puede presentar una queja de TDI:

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

Para obtener información general o información sobre cómo resolver quejas relacionadas con seguros, llame a la línea de ayuda al consumidor de TDI entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., hora del centro, de lunes a viernes al (800) 252-3439. Para solicitar un formulario de queja de TDI, llame al (800) 599-SHOP o en Austin llame al (800) 252-3439.

El comisionado investigará una queja contra HMO en los sesenta (60) días posteriores a que TDI reciba la queja y toda la información necesaria para determinar si ocurrió una violación. El comisionado puede extender el tiempo para completar una investigación si:



- se necesita información adicional;
- es necesaria una revisión in situ;
- HMO, el médico o proveedor, o el demandante no proporciona toda la documentación necesaria para completar la investigación; u
- ocurren otras circunstancias fuera del control de TDI.

Cómo apelar una determinación adversa

Una “Determinación adversa” significa una determinación de HMO o un agente de revisión de utilización de que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para darle no son médicamente necesarios o experimentales/de investigación. En circunstancias de atención urgente o potencialmente mortal o si no recibe una decisión oportuna, tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de revisión independiente (“IRO”) y no está obligado a cumplir primero la apelación de HMO de un proceso de Determinación adversa. Una IRO es una organización independiente de la HMO que puede hacer una revisión administrativa final de una determinación adversa hecha por HMO.

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

Cuando usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado exprese oralmente o por escrito cualquier insatisfacción o desacuerdo con una determinación adversa, HMO o un agente de revisión de utilización tratará esa expresión como una apelación de una determinación adversa.

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

La apelación la revisará un proveedor de atención médica que no esté involucrado en la decisión inicial, que esté en la misma especialidad o en una similar que generalmente maneja la condición, procedimiento o tratamiento médico o dental bajo revisión.

El aviso de la decisión final de HMO sobre la apelación incluirá las razones dentales, médicas y contractuales de la resolución; base clínica para la decisión y la especialización del proveedor que se consultó. Una



denegación también incluirá un aviso de su derecho a que una IRO revise la denegación y los procedimientos para obtener una revisión.

Apelación acelerada de determinación adversa (Emergencias, medicamentos con receta o infusiones intravenosas y situaciones de hospitalización continua)

Las apelaciones relacionadas con estadias hospitalarias continuas y medicamentos con receta o infusiones intravenosas se remiten directamente a un proceso de apelación acelerado para su investigación y resolución. Se concluirán de acuerdo con la inmediatez médica o dental del caso, pero en ningún caso excederán las 24 horas a partir de la fecha de recepción, al proveedor por teléfono o transmisión electrónica, seguido de una carta en las 72 horas avisando al miembro y al proveedor. Las apelaciones relacionadas con emergencias en curso también se remitirán a un proceso de apelación acelerado que concluirá en una hora del momento en que se reciba toda la información necesaria.

La apelación la revisará un proveedor de atención médica que no esté involucrado en la decisión inicial, que esté en la misma especialidad o en una similar que generalmente maneja la condición, procedimiento o tratamiento médico o dental bajo revisión. El médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante designado por el paciente.

Cómo apelar ante una organización de revisión independiente (IRO)

Este procedimiento (que no forma parte del proceso de quejas) se refiere solo a las apelaciones de determinaciones adversas. En infusiones intravenosas y de medicamentos con receta, circunstancias de atención urgente o potencialmente mortales o si no recibe una decisión oportuna, tiene derecho a una apelación inmediata ante una IRO y no está obligado a cumplir la apelación de HMO de un proceso de determinación adversa.

Cualquier parte cuya apelación de una determinación adversa deniega HMO puede solicitar la revisión de la decisión de una IRO asignada a la apelación. En el momento en que se deniegue la apelación, HMO le proporcionará a usted, a su representante designado o a su proveedor de registro, información sobre cómo apelar la denegación, incluyendo el formulario aprobado, que usted, su representante designado o su proveedor de registro deben completar y devolver a HMO para comenzar el proceso de revisión independiente.

- En situaciones de atención urgente o potencialmente mortales, usted, su representante designado o su proveedor registrado pueden comunicarse con HMO por teléfono para solicitar la revisión y proporcionar la información requerida.
- HMO presentará expedientes médicos, nombres de proveedores y cualquier documentación pertinente a la decisión de la IRO.
- HMO cumplirá la decisión de la IRO.
- HMO pagará por la revisión independiente.



Previa solicitud y sin cargo, el miembro o la persona designada puede tener acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo o apelación, incluyendo:

- información en la que se basa para tomar la decisión;
- información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, ya sea que se haya confiado o no en ella para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y las salvaguardias utilizadas para tomar la decisión;
- registros de cualquier revisión independiente realizada por HMO;
- juicios médicos, incluyendo si un servicio en particular es experimental, de investigación o no médicamente necesario o apropiado; y
- consejería y consulta de expertos obtenidos de HMO en relación con el reclamo denegado, ya sea que se haya confiado o no en el consejería para tomar la decisión.

El proceso de apelación no le prohíbe buscar otros recursos apropiados, incluyendo: medidas cautelares; una sentencia declaratoria u otra reparación disponible según la ley, si el requisito de agotar el proceso de apelación y revisión pone en grave peligro su salud. Si su plan médico se rige por la Ley de seguridad de ingresos de jubilación de los empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), tiene derecho a iniciar una acción civil bajo 502 (a) de ERISA. Para obtener más información sobre el proceso de IRO, llame a TDI en la línea de información de IRO al (866) 554-4926, o en Austin llame al (512) 322-4266.



CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

Según su plan, algunos servicios de atención médica no son beneficios cubiertos a menos que tenga autorización previa. En esta sección se explica el proceso de autorización previa y se explica qué servicios necesitan autorización previa. **Esta no es una lista completa.** Puede obtener información en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org/provider-resources/pre-authorization o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-856-0826.

¿Qué es la autorización previa?

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

Nuestro director médico u otros profesionales clínicos revisarán el servicio de atención médica, su información médica, el lugar del tratamiento y otra información para decidir si aprueba la atención propuesta. CHRISTUS Health Plan (CHP) no necesita que un proveedor participante obtenga una autorización previa si en el período de evaluación de los últimos 6 meses, CHP aprobó el 90 % o más de las solicitudes de autorización previa realizadas por el proveedor para servicios de atención médica.

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

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

¿Cómo se obtiene la autorización previa?

Cuando un proveedor participante recomienda atención que debe ser autorizada previamente, depende de ese proveedor comunicarse con nosotros para obtener la aprobación. Su proveedor debe avisarnos y obtener la aprobación antes de recibir estos servicios. Es posible que necesitemos hablar sobre los detalles del tratamiento o servicio solicitado con su proveedor.

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

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



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

¿Cómo funciona el proceso?

Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, nuestro personal clínico revisa la solicitud utilizando directrices reconocidas a nivel nacional. Estas directrices son consistentes con principios clínicos sólidos y el plan y los proveedores de atención médica en ejercicio las desarrollaron. Si no existen directrices para un determinado servicio o tratamiento, se utilizan herramientas de recursos basadas en evidencia médica científica revisada por personas con experiencias similares. La determinación para las solicitudes de no hospitalizados se proporcionará a más tardar el tercer día calendario después de la fecha en que se reciba la solicitud. La determinación de los servicios de atención hospitalaria se proporcionará en las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. La determinación de los servicios para el tratamiento posterior a la estabilización, o una condición potencialmente mortal, se proporcionará en 1 hora a partir de la recepción de la solicitud.

Una autorización previa especificará el período de tiempo durante el que es válida. Una autorización previa también puede ser solo para una cierta cantidad de tratamientos o servicios. Si el plan recibe una solicitud para renovar una autorización previa 60 días antes del vencimiento de una autorización previa existente, el plan debe revisar la solicitud y extender una determinación que indique si el servicio médico o de atención médica está preautorizado.

¿Qué servicios necesitan autorización previa?

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

- Todas las hospitalizaciones médicas para pacientes hospitalizados en cuidados agudos, incluyendo los servicios posteriores a la estabilización, excepto como se establece en Atención de maternidad;
- Todas las hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las admisiones a centros subagudos;
- Todas las hospitalizaciones de cuidados agudos de largo plazo para pacientes hospitalizados;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Operación reconstructiva;
- disfunciones de la articulación craneomandibular (ATM) y de la articulación temporomandibular (ATM);
- Servicios dentales;
- Equipo médico duradero de más de \$500;
- Pruebas genéticas y consejería y tratamiento de errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM);



- Atención médica domiciliaria;
- Servicios de hospicio, para pacientes hospitalizados y ambulatorios;
- MRI, tomografía por emisión de positrones u otros procedimientos de imágenes nucleares;
- Transporte en ambulancia que no sea de emergencia;
- Servicios de trasplante de órganos;
- Fisioterapia ambulatoria, excluyendo la evaluación inicial;
- Terapia ocupacional ambulatoria, excluyendo la evaluación inicial;
- Manejo del dolor;
- Aparatos protésicos y ortopédicos;
- Otros servicios prestados durante una visita en el consultorio médico
- Atención en centros de enfermería especializada; y
- Procedimientos quirúrgicos.

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

Es posible que esta lista no incluya todos los servicios que necesiten autorización previa. Si necesita ayuda para determinar si un servicio necesita 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 con receta e infusiones intravenosas

Se necesita autorización previa para ciertos medicamentos con receta e infusiones intravenosas. Los medicamentos restringidos, otras recetas o infusión intravenosa que no están en la lista de medicamentos cubiertos (*formulario*), pero que el proveedor determina que son médicamente necesarios y apropiados, pueden enviarse para autorización previa al Centro de excepciones de farmacia por fax, teléfono o correo postal con la documentación adecuada para respaldar la necesidad médica.

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

Divulgación de información sobre medicamentos con receta

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1369.094, a solicitud de un inscrito o del proveedor de recetas del inscrito, CHRISTUS Health Plan proporcionará la siguiente información sobre la cobertura de medicamentos con receta:

- Si un medicamento específico está cubierto por el beneficio de farmacia del inscrito
- Requisitos de costos compartidos aplicables, incluyendo las cantidades de copago, coseguro y deducible
- Cualquier requisito de gestión de utilización aplicable, como autorización previa, protocolos de terapia escalonada o límites de cantidad; y
- Cualquier medicamento alternativo incluyendo en la lista de medicamentos cubiertos (*formulario*) que sea terapéuticamente equivalente.

Esta información está disponible mediante el sitio web de CHRISTUS Health Plan, portales seguros para miembros y proveedores, y comunicándose con Servicios para Miembros al número gratuito que está en la tarjeta de identificación del miembro.

CHRISTUS Health Plan no prohíbe que los proveedores que recetan obtengan esta información en nombre de sus pacientes.

Decisiones sobre autorizaciones previas, medicamentos con receta e infusiones intravenosas

Si nuestro personal clínico no puede aprobar su autorización previa por razones clínicas o medicamentos fuera de la lista de medicamentos cubiertos (*formulario*), su caso se remitirá a nuestro director médico. El Director médico examinará su caso y revisará la información que nos envíe su proveedor. Nuestro Director médico puede hablar con su proveedor para obtener más información.

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

Se le informará a usted y a su proveedor por teléfono u otros medios, según los servicios solicitados, si la



solicitud de autorización previa no se puede aprobar en función de la información que recibimos, o si su plan no cubre el servicio.

Apelación para **medicamentos con receta e infusiones intravenosas**

Servicios de atención estándar/que no son de emergencia

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

Acelerado/Revisión de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelación aceleradas en función de las circunstancias apremiantes. Existen circunstancias apremiantes cuando padece una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima o cuando se somete a un tratamiento actual con un medicamento que no está incluyendo en la lista de medicamentos cubiertos (formulario). Tomaremos una decisión de apelación acelerada y le avisaremos a usted y a su proveedor de la decisión a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud de **medicamentos con receta e infusiones intravenosas**.

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

NOTA: La atención de emergencia y la atención de urgencia en la red no necesitan autorización previa.

¿Qué pasa si se niega la autorización previa?

Revisión externa por MAXIMUS Federal Services

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión de apelación de MAXIMUS Federal Services. . Las solicitudes de revisión externa deben presentarse en los 180 días posteriores al aviso de la decisión. No tiene que agotar nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa con MAXIMUS Federal Services si no se cumplen los plazos del proceso de apelación o si padece una condición médica que puede poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima o cuando está siguiendo un curso de tratamiento actual con un medicamento fuera de la lista de medicamentos cubiertos (formulario). Nuestro aviso de determinación de la Apelación incluirá instrucciones completas para hacer una solicitud de revisión externa de MAXIMUS Federal Services. La revisión externa acelerada puede iniciarse al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.



MAXIMUS Federal Services debe emitirnos una decisión de atención urgente a nosotros y a usted a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud de revisión externa y a más tardar 45 días para la solicitud estándar. No hay ningún costo para usted por la revisión externa.

- Debe ser elegible para la cobertura y estar cubierto por este contrato en la fecha en que se presten los servicios.
- Todos los términos de este contrato determinan si un servicio es un beneficio cubierto.
- Un miembro no se basará en las 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 de este contrato.



SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS

Copagos/Coseguros

Usted es responsable de ciertos copagos/coseguros y cualquier deducible aplicable a los proveedores participantes, que vencen en el momento del servicio. El copago/coseguro y los deducibles adeudados por servicios cubiertos específicos, las limitaciones de beneficios y el máximo de gastos de bolsillo se pueden encontrar en el **Resumen de beneficios y cobertura**.

Deducibles

Los beneficios están disponibles bajo esta EOC después de la satisfacción de los deducibles aplicables indicados en el **Resumen de beneficios y cobertura**. Este deducible, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de servicios cubiertos, incluyendo los beneficios proporcionados en un plan dental emitido en asociación con esta EOC.

Si tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicar a una cantidad de deducible individual se aplicarán a la cantidad del deducible familiar que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura**. Cuando se alcanza la cantidad del deducible familiar, no se tendrán que satisfacer más deducibles individuales durante el resto de ese año calendario.

Máximos de gastos de bolsillo

HMO determinará cuándo se han alcanzado los máximos para los Servicios cubiertos en función de la información proporcionada a HMO por Usted y los Proveedores participantes a los que ha realizado pagos por los Servicios cubiertos. El máximo de gastos de bolsillo incluirá copagos, coseguros, deducibles y cualquier obligación de pago de gastos dentales elegibles de un plan dental asociado con esta EOC. Una vez que alcance el máximo de gastos de bolsillo, no está obligado a hacer pagos adicionales por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Si tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicar a un máximo de gastos de bolsillo individual se aplicarán a la cantidad máxima de gastos de bolsillo familiar que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura**. Cuando se alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo familiar, no está obligado a hacer pagos adicionales por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Asistencia de medicamentos con receta de terceros

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1369.0542, si recibe asistencia financiera de un tercero (incluyendo, entre otros, un cupón del fabricante de medicamentos, un cupón de producto o un programa caritativo) para un medicamento con receta cubierto, la cantidad de dicha asistencia se aplicará a su deducible, coseguro, copago o máximo de gastos de bolsillo en la medida requerida por la ley.

Cualquier excepción a esta política se establecerá claramente y se aplicará solo cuando lo permita el estatuto, incluyendo las circunstancias en las que esté disponible un equivalente genérico médicamente apropiado y dicha aplicación cumpla los requisitos de la lista de medicamentos cubiertos (formulario).



Requisitos

Todos los Servicios cubiertos, a menos que se describa específicamente lo contrario:

- debe ser médicamente necesario;
- PCP o HMO debe hacerlo, prescribirlo, dirigirlo o autorizarlo con anticipación;
- lo debe prestar un Proveedor participante;
- están sujetos al copago/coseguro y cualquier otra cantidad adeudado que se muestre en el **Resumen de beneficios y cobertura**;
- puede tener limitaciones, restricciones o exclusiones descritas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**; y
- puede requerir autorización previa.

Servicios profesionales

Los servicios los deben proporcionar u organizar el PCP y un médico autorizado los debe prestar. HMO puede permitir que otros Proveedores médicos proporcionen Servicios cubiertos que dichos Proveedores pueden proporcionar según la ley estatal aplicable. Ciertos servicios pueden estar restringidos en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

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

Visitas domiciliarias de PCP o especialistas. Visitas domiciliarias médicamente necesarias proporcionadas por médicos participantes cuando, a juicio del PCP o especialista autorizado, la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo indique.

Los servicios de los médicos participantes para diagnóstico, tratamiento y consulta se dan mientras usted es un paciente hospitalizado o ambulatorio en un centro para servicios cubiertos médicamente necesarios autorizados o atención de emergencia como se define en este documento. La atención hospitalaria puede ser dirigida por un médico participante que no sea su PCP.

Un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO) no proporciona beneficios por los servicios que recibe de médicos o proveedores fuera de la red, con excepciones específicas como se describe en la Evidencia de cobertura a continuación. Tiene derecho a una red adecuada de médicos y proveedores en la red (conocidos como médicos y proveedores de la red). Si cree que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en: www.tdi.texas.gov/consumer.complfrm.html. Si su HMO aprobó una remisión para servicios fuera de la red porque no hay ningún médico o proveedor de la red disponible, o si ha recibido atención de emergencia fuera de la red, la HMO debe, en la mayoría de los casos, resolver la factura del médico o proveedor fuera de la red para que solo tenga que pagar las cantidades de copago, coseguro y deducible aplicables en la red. Puede obtener un directorio actualizado de médicos y proveedores de la red en el siguiente sitio web: christushealthplan.org/find-a-provider o llamando al 1-844-856-0826 para obtener ayuda para encontrar médicos y proveedores disponibles de la red. Si se basó en información de directorio materialmente inexacta, puede tener derecho a que se pague un reclamo de un médico o proveedor fuera de la red como si fuera de un médico o proveedor de la red, si presenta una copia de la información de directorio inexacta a la HMO, con fecha no más de 30 días antes de recibir el servicio.



Servicios del hospital para pacientes hospitalizados

Los servicios, excepto la atención de emergencia y el tratamiento del cáncer de mama, deben ser organizados por su PCP y preautorizados por HMO. Los servicios cubiertos incluyen:

1. alojamiento y comida semiprivados, sin límite de número de días a menos que se indique lo contrario;
2. habitaciones privadas cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
3. dietas y comidas especiales cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
4. uso de unidades de cuidados intensivos o de cuidados cardíacos y servicios relacionados cuando sea médicamente necesario y esté autorizado por el PCP;
5. uso de quirófanos y salas de partos e instalaciones relacionadas;
6. servicios de anestesia y oxígeno;
7. servicios de laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico;
8. medicina, medicamentos, biológicos y su administración;
9. cuidados generales de enfermería;
10. enfermería de servicio especial y de servicio privado cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
11. radioterapia, terapia inhalatoria y quimioterapia;
12. sangre total, incluyendo el costo y la administración de sangre total, plasma sanguíneo y expansores de plasma sanguíneo, que no se reemplaza por o para usted;
13. servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un entorno hospitalario agudo;
14. tratamiento del cáncer de mama, durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía y veinticuatro (24) horas después de una disección de ganglios linfáticos (sin necesidad de autorización previa); sin embargo, no se necesitan dichas horas mínimas de cobertura si usted y su médico de atención directa determinan que es apropiado un período más corto de atención hospitalaria. Previa solicitud, la duración de la estadía puede extenderse si HMO determina que una extensión es médicamente necesaria; y
15. trasplantes de órganos y tejidos. Se necesita autorización previa para cualquier trasplante de órgano o tejido, incluso si el paciente ya está en un hospital bajo otra autorización previa. En el momento de la autorización previa, HMO asignará una duración de estadía para la admisión. Previa solicitud, la duración de la estadía puede extenderse si HMO determina que una extensión es médicamente necesaria.
 - a. Los servicios, incluyendo los gastos de donantes, para trasplantes de órganos y tejidos están cubiertos, pero solo si se cumplen todas las siguientes condiciones:
 - (1) el procedimiento de trasplante no es de naturaleza experimental/de investigación;
 - (2) se utilizan órganos o tejidos humanos donados o un dispositivo artificial aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
 - (3) el destinatario es un miembro;
 - (4) el miembro cumple todos los criterios establecidos por HMO en las políticas médicas escritas pertinentes; y
 - (5) el miembro cumple todos los protocolos establecidos por el hospital en el que se hace el trasplante.



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

- b. Los beneficios se determinarán sobre la misma base que cualquier otra enfermedad cuando el procedimiento de trasplante se considere médicamente necesario y cumpla todas las condiciones citadas anteriormente. Los beneficios estarán disponibles para:
 - (1) un beneficiario que es un miembro cubierto por la HMO;
 - (2) un donante que sea miembro cubierto por la HMO; o
 - (3) un donante que no sea un miembro cubierto por la HMO.
- c. Los servicios y suministros cubiertos incluyen los proporcionados para:
 - (1) búsqueda de donantes y pruebas de aceptabilidad de posibles donantes vivos;
 - (2) evaluación de órganos o tejidos, incluyendo, entre otros, la determinación de la compatibilidad de tejidos;
 - (3) extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos; y
 - (4) transporte y almacenamiento a corto plazo de órganos o tejidos donados.
- d. No hay beneficios disponibles para un miembro para los siguientes servicios y suministros:
 - (1) gastos de manutención o viaje del receptor o de un donante vivo;
 - (2) gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante con fines de donación de órganos o tejidos;
 - (3) compra del órgano o tejido que no sea el pago de los Servicios cubiertos y los suministros identificados arriba; y
 - (4) órgano o tejido (xenoinjerto) obtenido de otra especie.

Servicios de centros para pacientes ambulatorios

Los servicios prestados mediante un departamento para pacientes ambulatorios del hospital participante, un centro independiente o el entorno domiciliario los debe recetar el PCP. Es posible que se necesite autorización previa para los siguientes servicios:

- 1. Terapia de infusión (incluyendo la quimioterapia);
- 2. operación ambulatoria;
- 3. radioterapia; y
- 4. diálisis.

Servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios

Los procedimientos, servicios y materiales de laboratorio y radiográficos, incluyendo (entre otros) radiografías de diagnóstico, terapia de rayos X, quimioterapia, fluoroscopia, electrocardiogramas, pruebas de laboratorio y servicios de radiología terapéutica deben ser solicitados, autorizados u organizados por el PCP y proporcionados mediante un centro participante o en el hogar. Es posible que se necesite autorización



previa.

Pruebas de biomarcadores

El plan cubre las pruebas de biomarcadores cuando son médicamente necesarias para diagnosticar, tratar, manejar o monitorear la enfermedad o condición de un inscrito, de acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1372.003.

Las pruebas de biomarcadores se refieren al análisis de un tejido, sangre u otra muestra biológica para detectar la presencia de un gen, mutación, proteína u otro biomarcador utilizado para guiar la toma de decisiones médicas. Las pruebas cubiertas deben estar respaldadas por evidencia médica y científica, incluyendo:

- Aprobación o autorización de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)
- Recomendaciones de directrices de práctica clínica reconocidas a nivel nacional (por ejemplo, Red nacional integral del cáncer)
- Inclusión en el Registro de pruebas genéticas del Instituto nacional del cáncer; o
- Literatura médica revisada por personas con experiencias similares que demuestre utilidad clínica.
- El plan da cobertura de una manera que limita la interrupción en la atención, incluyendo la minimización de la necesidad de múltiples biopsias o recolecciones repetidas de muestras biológicas cuando sea clínicamente innecesario.

Servicios de rehabilitación

Los servicios de rehabilitación y las terapias físicas, del habla y ocupacionales que, en opinión de un médico, son médicamente necesarias y cumplen o superan sus objetivos de tratamiento se proporcionan cuando su PCP o especialista los autoriza o receta previamente. Para una persona con discapacidad física, los objetivos del tratamiento pueden incluir el mantenimiento del funcionamiento o la prevención o ralentización de un mayor deterioro. Los servicios de rehabilitación se pueden proporcionar en el consultorio del proveedor, en un hospital como paciente hospitalizado, en un centro ambulatorio o como visitas de atención médica domiciliaria. Los servicios de rehabilitación, incluyendo la cobertura de los servicios quiroprácticos, están disponibles mediante un proveedor participante cuando su PCP los autoriza o los receta previamente.

El tratamiento de la lesión cerebral adquirida estará cubierto de la misma manera que cualquier otra condición física. Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y rehabilitación; pruebas o tratamientos neuroconductuales, neurofisiológicos, neuropsicológicos y psicofisiológicos; La terapia de neurofeedback, la remediación, los servicios de transición post-aguda y los servicios de reintegración comunitaria, incluyendo los servicios de tratamiento ambulatorio diurno, o cualquier otro servicio de tratamiento post-agudo están cubiertos, si dichos servicios son necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con ella. Para garantizar que se dé el tratamiento adecuado de atención post-aguda, HMO incluye cobertura para la reevaluación periódica para un miembro que: (1) tuvo una lesión cerebral adquirida; (2) no responde al tratamiento; y (3)



responde al tratamiento en una fecha posterior. Los servicios se pueden proporcionar en un hospital, un hospital de rehabilitación aguda o post-aguda, un centro de vida asistida o cualquier otro centro en el que se puedan proporcionar los servicios o terapias apropiados.

A excepción del tratamiento de la lesión cerebral adquirida, los servicios de rehabilitación están limitados como se indica en el **Resumen de beneficios y cobertura**.

Servicios de atención de maternidad y planificación familiar

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

Los Servicios cubiertos, que pueden requerir autorización previa, incluyen:

1. visitas prenatales;
2. uso de las salas de parto del hospital e instalaciones relacionadas. Si un niño recién nacido es dado de alta y readmitido en un hospital más de cinco (5) días después de la fecha de nacimiento, se requerirá un copago/coseguro de admisión hospitalaria por separado y cualquier deducible para dicha readmisión. Se necesita un copago/coseguro y deducible de admisión hospitalaria por separado para un niño recién nacido en el momento del parto;
3. uso de la sala de recién nacidos y las instalaciones relacionadas;
4. procedimientos especiales que puedan ser médicamente necesarios y autorizados por el PCP o el obstetra/ginecólogo designado; y
5. visitas postnatales. Si la madre o el recién nacido son dados de alta antes de que hayan pasado las horas mínimas de cobertura para pacientes hospitalizados, la HMO da cobertura para la atención posparto para la madre y el recién nacido. La atención posparto se puede proporcionar en el hogar de la madre o en el consultorio o centro de un proveedor participante. No se requerirá que un niño recién nacido reciba servicios de atención médica solo de proveedores participantes si nace fuera del área de servicio debido a una emergencia o nace en un centro fuera de la red de una madre que no es miembro. HMO puede requerir que el recién nacido se transfiera a un centro participante, a expensas de HMO, cuando el médico de atención directa del recién nacido lo determine médicamente apropiado.

Complicaciones del embarazo. Los servicios cubiertos por complicaciones del embarazo serán los mismos que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad física y pueden requerir autorización previa.

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

- Atención prenatal, incluyendo los suplementos nutricionales que son médicamente necesarios y recetados por un médico;
- Mamografías para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía de baja dosis, incluyendo la mamografía digital y la tomosíntesis mamaria, realizados en un centro de imágenes designado; y mamografías con fines de detección y diagnóstico, incluyendo, entre otras, mamografías de baja dosis realizadas en instalaciones de imágenes designadas y aprobadas. Como mínimo, el plan cubrirá una mamografía anual a



personas de treinta y cinco (35) años o más, mientras que las mamografías de diagnóstico no tienen restricción de edad;

- Orientación sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con más riesgo;
- Exámenes citológicos (pruebas de Papanicolaou) incluyendo un examen de detección del virus del papiloma para determinar la presencia de condiciones precancerosas o cancerosas y otros problemas médicos, incluyendo el análisis de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más; y para mujeres que están en riesgo de cáncer o en riesgo de otras condiciones médicas que pueden identificarse mediante una evaluación citológica;
- Vacuna contra el virus del papiloma humano disponible para mujeres Miembros de nueve (9) a catorce (14) años de edad;
- Pruebas genéticas de cáncer de mama y ovario y orientación genética basado en antecedentes familiares.
- Detección de diabetes gestacional;
- Orientación y detección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Detección y consejería 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 incluyendo todas las etapas de reconstrucción y operación para lograr la simetría entre las mamas; prótesis; y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema; Acceso directo a atención obstétrica y ginecológica calificada para miembros femeninos.

Servicios de preservación de la fertilidad relacionados con el tratamiento del cáncer

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §§1366.101–1366.104 y HB 1649, el plan da cobertura para los servicios estándar de preservación de la fertilidad a una persona cubierta que se someterá a un tratamiento contra el cáncer, incluyendo la operación, la quimioterapia o la radiación, que pueden causar directa o indirectamente problemas de fertilidad, según lo reconocido por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica o la Sociedad Estadounidense de Medicina Reproductiva.

Los servicios cubiertos incluyen procedimientos estándar de preservación de la fertilidad, como la criopreservación de ovocitos y espermatozoides, de acuerdo con las directrices médicas establecidas. La cobertura de los servicios de preservación de la fertilidad no estará sujeta a limitaciones más restrictivas que las aplicadas a otros servicios médicos bajo el Plan.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle sobre ciertas coberturas o beneficios proporcionados por su contrato con CHRISTUS Health Plan.

Hospitalización después del nacimiento de un hijo

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

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



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

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido son dados de alta antes de que expiren las 48 o 96 horas, proporcionaremos cobertura para la atención posterior al parto. La atención posterior al parto incluye la educación, asistencia y capacitación de los padres en lactancia materna y biberón y la realización de las pruebas clínicas necesarias y apropiadas. La atención la proporcionará un médico, enfermero registrado u otro proveedor de atención médica con autorización apropiado, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su hogar, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos (a) modificar los términos de esta cobertura en función de que cualquier persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima requerida; (b) ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación por la exención del número mínimo de horas requeridas; (c) negarse a aceptar la recomendación de un médico para un período específico de atención hospitalaria realizada en consulta con la madre si el período recomendado por el médico no excede las directrices para la atención prenatal desarrolladas por asociaciones profesionales reconocidas a nivel nacional de obstetras y ginecólogos o pediatras; (d) reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tasa habitual y acostumbrada; o (f) penalizar a un médico por recomendar atención hospitalaria para la madre o el niño recién nacido.

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

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

- (a) 48 horas después de una mastectomía, y
- (b) 24 horas después de una disección de ganglios linfáticos.

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

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

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

PO Box 169009
Irving, Texas 75016



Nota: algunos beneficios para la planificación familiar están disponibles en Servicios **preventivos y de mantenimiento de la salud**.

Servicios de infertilidad. Los Servicios cubiertos, que pueden requerir autorización previa, incluyen orientación sobre diagnósticos, consultas, servicios de planificación y tratamiento para problemas de fertilidad e infertilidad, sujetos a las exclusiones de **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**. Una vez que se hayan completado los exámenes y las pruebas de infertilidad, los exámenes y pruebas posteriores requerirán la aprobación del Director Médico de HMO.

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

Damos beneficios y cobertura para condiciones 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 los beneficios para una condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias que sean más restrictivas que las limitaciones de tratamiento cuantitativas o no cuantitativas impuestas a la cobertura de beneficios para gastos médicos o quirúrgicos.

Servicios de consumo de alcohol y sustancias. Este plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del uso de sustancias, que incluye trastornos por consumo de alcohol y drogas en un entorno hospitalario y ambulatorio. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización por desintoxicación por consumo de alcohol y drogas, rehabilitación y hospitalización parcial. La rehabilitación no incluye un centro de tratamiento residencial u otro centro que utilice un modelo social para proporcionar rehabilitación. Los servicios para pacientes hospitalizados necesitan autorización previa y todos los servicios los debe proporcionar un proveedor autorizado y calificado.

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

Tratamiento de salud conductual. Este plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de trastornos del comportamiento o trastornos de enfermedades mentales en un entorno hospitalario y ambulatorio.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización, hospitalización parcial y terapia electroconvulsiva (TEC). Los servicios para pacientes hospitalizados y ECT necesitan de autorización previa y los deben proporcionar un proveedor autorizado y calificado. La estadía continua debe cumplir los criterios de necesidad médica y los requisitos de la ley estatal aplicable.

Los servicios ambulatorios incluyen evaluación, terapia y consejería individual, grupal, familiar o de pareja, programa ambulatorio intensivo (IOP), terapia electroconvulsiva (TEC) y manejo de medicamentos. Todos los servicios los debe proporcionar un proveedor autorizado y calificado.

Servicios de emergencias

Los PCP dan cobertura a los miembros las 24 horas del día, los 365 días del año. Debe avisar a su PCP en las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a recibir atención de emergencia, o lo antes posible sin ser médicamente dañino o perjudicial para usted. HMO pagará un examen de detección médica u otra evaluación



que pida la ley federal o de Texas y proporcionada en el departamento de emergencias (emergency department) de un centro de emergencia del hospital, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia comparable que sea necesario para determinar si existe una condición médica de emergencia. CHRISTUS Health Plan aprobará o denegará el tratamiento en el tiempo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y la condición del paciente.

Atención de emergencia. Los servicios de atención de emergencia, prestados por un proveedor participante o no participante, estarán cubiertos, según las señales y síntomas presentados en el momento del tratamiento según lo documentado por el personal de atención médica tratante, ya sea que los servicios de atención de emergencia se hayan recibido en el área de servicio o fuera del área. Los servicios de atención de emergencia están sujetos al copago/coseguro y a cualquier deducible, a menos que se le admita como paciente hospitalizado directamente desde la sala de emergencias, en cuyo caso paga el copago hospitalario para pacientes hospitalizados y las cantidades adeudadas.

Si se necesita atención posterior a la estabilización después de que se haya tratado y estabilizado una condición de atención de emergencia, el médico o proveedor tratante se comunicará con HMO o su designado, quien debe aprobar o denegar la cobertura de la atención posterior a la estabilización solicitada en una hora de recibir la llamada.

Puede recibir servicios de atención de emergencia en un centro de atención de urgencia.

Servicios fuera del área. Solo están cubiertos los servicios de atención de emergencia descritos anteriormente. El tratamiento continuo o de seguimiento por lesiones accidentales o atención de emergencia se limita a la atención necesaria antes de que pueda regresar al área de servicio sin consecuencias médicamente dañinas o perjudiciales.

Servicios de atención de urgencia

Los servicios de atención de urgencia están cubiertos cuando los da un proveedor de atención de urgencia para el tratamiento inmediato de una condición médica que necesita atención médica inmediata, pero donde un breve lapso de tiempo antes de recibir los servicios no pondrá en peligro la vida o la salud permanente y no necesite servicios de atención de emergencia. También se pueden aplicar otros cargos descritos en **Servicios de rayos X y laboratorio para pacientes ambulatorios** o **Servicios de centros para pacientes ambulatorios**.

A menos que HMO lo designe y reconozca como un centro de atención de urgencia, ni un hospital ni una sala de emergencias se considerarán un centro de atención de urgencia (Urgent Care center).

Servicios de ambulancia

El servicio profesional de ambulancia terrestre local o el servicio de ambulancia aérea al hospital más cercano está cubierto cuando lo autoriza el PCP o para atención de emergencia, como se define en esta EOC.

Servicios de atención extendida

Los servicios cubiertos incluyen esto cuando lo receta el PCP y lo autoriza la HMO. Los servicios pueden



tener más limitaciones como se indica en el **Resumen de beneficios y cobertura**, y restricciones o exclusiones descritas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Servicios de centros de enfermería especializada. Los servicios deben ser temporales y conducir a la rehabilitación y a una mayor capacidad de funcionamiento. El cuidado de compañía no está cubierto. Si permanece en un centro de enfermería especializada después de que el PCP lo dé de alta o después de que alcance el período máximo de beneficios o el período autorizado por HMO, será responsable de todos los costos posteriores.

Cuidados de hospicio. La atención proporcionada por un hospital, un centro de enfermería especializada, un hospicio, un entorno domiciliario o una agencia de cuidados de hospicio debidamente autorizada está aprobada por HMO y se centra en un tratamiento paliativo en lugar de curativo para los miembros que tienen una condición médica y un pronóstico de menos de 6 meses de vida. Los servicios incluyen consejería sobre el duelo y servicios de ama de casa proporcionados rutinariamente por la agencia de cuidados de hospicio.

Atención médica domiciliaria. Atención en el hogar de profesionales de la salud que son proveedores participantes, incluyendo, entre otros, enfermeros registrados, enfermeros técnicos autorizados, fisioterapeutas, terapeutas de inhalación, terapeutas del habla o la audición o asistentes médicos en la casa. Los servicios los debe proporcionar u organizar el PCP.

Servicios preventivos y de mantenimiento de la salud

Los Servicios cubiertos, que pueden necesitar de autorización previa y no estarán sujetos a ningún copago/coseguro, deducible o máximos en dólares, incluyen artículos o servicios basados en evidencia que tienen una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”) o según lo exija la ley estatal:

1. cuidado de niños sanos para miembros hasta los diecisiete (17) años, que incluye atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de recursos y servicios médicos (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes;
2. evaluaciones periódicas médicas para miembros mayores de dieciocho (18) años, según la edad, el sexo y el historial médico;
3. administración de la prueba médica neonatal, incluyendo el costo de un kit de prueba;
4. vacunas de rutina recomendadas por la Academia Estadounidense de Pediatría, el Servicio de salud pública de los EE. UU. para personas en los Estados Unidos y requeridas por la ley e inmunizaciones recomendadas por el Comité asesor sobre prácticas de inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (“CDC”) con respecto a la persona involucrada. Los ejemplos de vacunas cubiertas incluyen difteria, haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, poliomielitis, rubéola, tétanos, rotovirus, varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un niño. (Las inyecciones para la alergia no se consideran inmunizaciones según esta disposición de beneficios);
5. exámenes de detección de cáncer colorrectal para miembros a partir de los 45 años, incluyendo colonoscopias e incluyendo una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales y cobertura de servicios preventivos y pruebas de laboratorio con una calificación “A” o “B” del USPSTF;
6. medición de la masa ósea para la detección de baja masa ósea y para determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas con la osteoporosis, para personas calificadas, incluyendo las



mujeres posmenopáusicas que no reciben terapia de reemplazo de estrógenos; individuos con anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario o antecedentes de fracturas óseas; o personas que reciben terapia con glucocorticoides de largo plazo o que se están monitoreando para evaluar la respuesta o la eficacia de una terapia farmacológica aprobada para la osteoporosis;

7. atención preventiva y exámenes de detección proporcionados con respecto a las mujeres, atención preventiva adicional y exámenes previstos en directrices integrales respaldadas por la HRSA, como un examen ginecológico de bienestar de la mujer (una vez cada doce meses) para miembros femeninos, un examen de diagnóstico médicamente reconocido para la detección temprana de cáncer de cuello uterino para miembros femeninos de dieciocho (18) años o más y cobertura para cualquier otra prueba o examen de detección aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de ovario. Su PCP o cualquier obstetra/ginecólogo de la red de proveedores participantes de su PCP puede hacer el examen de bienestar de la mujer. El examen puede incluir, entre otros, una prueba de Papanicolaou convencional; un examen de detección con métodos de citología de base líquida solos o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano. Primero debe obtener una remisión de su PCP para servicios de seguimiento relacionados con el tratamiento de una enfermedad o condición que no está en el alcance de un obstetra/ginecólogo. Para obtener ayuda para seleccionar un obstetra/ginecólogo, consulte el directorio de proveedores de HMO, comuníquese con su PCP o llame al servicio al cliente;
8. una mamografía de detección (no de diagnóstico) de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de mama oculto para las mujeres de treinta y cinco (35) años o más (una vez cada doce meses), y para las mujeres con otros factores de riesgo. Las mamografías se pueden obtener independientemente de que se haga o no un examen de bienestar de la mujer al mismo tiempo;
9. una evaluación de pérdida auditiva para los miembros desde el nacimiento hasta los treinta (30) días de edad, y la atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con la evaluación desde el nacimiento hasta los veinticuatro (24) meses; y
10. Examen de la vista para todos los niños, incluyendo un examen de la vista, anteojos o lentes de contacto, lentes de contacto médicamente necesarios y servicios de baja visión;
11. Servicios dentales: No existe cobertura dental de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales son BENEFICIOS CUBIERTOS. El cuidado dental y las radiografías dentales están permitidos solo para niños como se especifica en los BENEFICIOS CUBIERTOS.

Para determinar si un medicamento o dispositivo específico está disponible bajo este beneficio de Servicios Preventivos, comuníquese con servicio al cliente al número gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Esta lista puede cambiar a medida que se modifican las directrices de la FDA, el manejo médico y las políticas médicas.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle sobre ciertas coberturas o beneficios proporcionados por su contrato con CHRISTUS Health Plan.



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

Se proporciona cobertura, para cada mujer inscrita en el plan que tenga 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 cuello uterino. La cobertura requerida en esta sección incluye como mínimo una prueba de Papanicolaou convencional o una evaluación con métodos de citología de base líquida, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, solo o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Los beneficios que se proporcionan, para cada persona inscrita en el plan que tenga 45 años de edad o más, incluyen 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:

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

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:

- (a) un examen físico para la detección del cáncer de próstata; y
- (b) una prueba de antígeno prostático específico para cada hombre cubierto que
 - (1) al menos 50 años de edad; o
 - (2) Al menos 40 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de próstata u otro factor de riesgo de cáncer de próstata.

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

PO Box 169009

Irving, Texas 75016

AVISO ESPECIAL SOBRE LOS SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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 consejería o remisión 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 médicos esenciales cubiertos para mujeres con capacidad reproductiva; Estos servicios cubiertos pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (sin incluir medicamentos abortivos), como:
- Métodos de barrera (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;
- Consejería e información para el paciente;
- Procedimientos de esterilización aprobados por la FDA;
- Consejería e información para el paciente.

El aborto directo no es un beneficio cubierto.

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

Apoyo, orientación y suministros para la lactancia materna. Los Servicios cubiertos incluyen servicios de apoyo y consejería obtenidos de un Proveedor participante durante el embarazo o en el período después del parto. También se proporcionarán beneficios para el alquiler (o, a opción de HMO, la compra) de extractores de leche y suministros manuales o eléctricos. También habrá beneficios limitados disponibles para el alquiler (o, a opción de HMO, la compra) de extractores de leche de grado hospitalario, de un proveedor participante. Es posible que deba pagar la cantidad total y enviar un formulario de reclamo de reembolso junto con la receta escrita a HMO con recibos detallados del extractor de leche manual, eléctrico o de grado hospitalario y los suministros. Visite el sitio web en www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo.

Ejemplos de otros servicios preventivos cubiertos que no están sujetos a copago/coseguro, deducible o máximos en dólares incluyen servicios de orientación para dejar de fumar, consejería sobre dieta saludable y detección/consejería sobre obesidad.

Los servicios preventivos cubiertos descritos anteriormente pueden cambiar a medida que se modifiquen las directrices de USPSTF, CDC, HRSA y las leyes estatales. Si una recomendación o directriz para un servicio preventivo en particular no especifica la frecuencia, el método, el tratamiento o el entorno en el que debe proporcionarse, HMO puede utilizar técnicas de manejo médico razonables para determinar los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Si se proporciona un servicio preventivo cubierto durante una visita en el consultorio y se factura por separado de la visita en el consultorio, usted puede ser responsable del copago/coseguro y cualquier deducible aplicable solo para la visita en el consultorio. Si una visita en el consultorio y el servicio médico preventivo no se facturan por separado y el propósito principal de la visita no era el servicio médico



preventivo, usted puede ser responsable del copago/coseguro y cualquier deducible aplicable para la visita en el consultorio, incluyendo el servicio médico preventivo.

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

1. exámenes de ojos y oídos (una vez cada doce meses) realizados o autorizados por el PCP para miembros hasta los diecisiete (17) años para identificar problemas de visión y audición. Los exámenes oculares se pueden hacer en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
2. exámenes de ojos y oídos (una vez cada dos años) realizados o autorizados por el PCP para miembros mayores de dieciocho (18) años para identificar problemas de visión y audición. Los exámenes oculares se pueden hacer en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
3. evaluación de detección precoz de enfermedades cardiovasculares. Los beneficios están disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función arterial anormal cada cinco años cuando las hace un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida: (1) tomografía computarizada (CT) que mide las calcificaciones de las arterias coronarias; o (2) ecografía que mide el grosor íntima-media carotídeo y la placa.
Las pruebas están disponibles para cada miembro cubierto que sea (1) un hombre mayor de 45 años y menor de 76 años, o (2) una mujer mayor de 55 años y menor de 76 años. El miembro debe ser diabético o tener riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, según una puntuación derivada utilizando el algoritmo de predicción coronaria del Estudio del corazón de Framingham que sea intermedio o superior.

Los beneficios son limitados como se indica en el **Resumen de beneficios y cobertura**.

Procedimientos quirúrgicos dentales

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

1. tratamiento para lesiones accidentales en los dientes adultos naturales sanos, los huesos de la mandíbula o los tejidos circundantes, no causadas por morder o masticar, cuando el tratamiento se completa en los veinticuatro (24) meses posteriores al tratamiento inicial. “Dientes adultos naturales sanos” significa dientes que están libres de caries clínicas activas o crónicas, tienen al menos un 50 % de soporte óseo, son funcionales en el arco y no han sido excesivamente debilitados por múltiples procedimientos dentales;
2. tratamiento o corrección de una condición fisiológica no dental que haya resultado en un deterioro funcional grave;
3. tratamiento de tumores y quistes que necesitan un examen patológico de las mandíbulas, mejillas, labios, lengua, techo y piso de la boca;
4. tratamiento diagnóstico y quirúrgico de condiciones que afectan la articulación temporomandibular (incluyendo la mandíbula o la articulación craneomandibular) como resultado de un accidente, un



traumatismo, un defecto congénito, un defecto del desarrollo o una patología; y

5. Extracción de dientes completos con impacto óseo.

Operación cosmética, reconstructiva o plástica

La cobertura será la misma que para el tratamiento de cualquier otra enfermedad física en general, solo cuando su PCP lo recete u organice, y puede necesitar de autorización previa de HMO. Los Servicios cubiertos se limitan a lo siguiente:

6. operación para corregir un defecto resultante de una lesión accidental;
7. operación para corregir un defecto funcional que resulta de una enfermedad o anomalía congénita o adquirida;
8. reconstrucción quirúrgica de la mama después de una mastectomía y reconstrucción quirúrgica de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
9. operación reconstructiva para anomalías craneofaciales para un miembro.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

Este aviso es para informarle sobre ciertas coberturas o beneficios proporcionados por su contrato con CHRISTUS Health Plan.

Cobertura o beneficios para la operación reconstructiva después de la mastectomía-inscripción

Se proporciona cobertura o beneficios a cada persona cubierta para la operación reconstructiva después de la mastectomía, incluyendo:

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

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

Prohibiciones: No podemos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo económico para renunciar a la reconstrucción mamaria o renunciar a la cobertura o los beneficios que se muestran arriba; (b) 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 o los beneficios que se muestran arriba; o (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, ni penalizar de otra manera, ni proporcionar un incentivo económico para inducir al médico o proveedor a dar atención a una persona cubierta de una manera inconsistente con la cobertura o los beneficios que se muestran arriba.



Cobertura o beneficios de la operación 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 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998), da beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción y la operación para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo el linfedema).

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

PO BOX 169009

Irving, Texas 75016

Cuidado de alergias

Los servicios cubiertos para pruebas y tratamiento los deben proporcionar u organizar el PCP.

Cuidado de la diabetes

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

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

Equipos y suministros para la diabetes Los equipos y suministros para la diabetes están cubiertos para los miembros diagnosticados con diabetes dependiente o no dependiente de insulina; niveles elevados de glucosa en sangre inducidos por el embarazo; u otra condición médica asociada con niveles elevados de glucosa en sangre.

Cuando se obtienen los siguientes equipos y suministros para la diabetes, es posible que deba pagar la cantidad total de su factura y enviar un formulario de reclamo de reembolso a HMO con puntos detallados. El costo compartido de la insulina que está en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) no puede exceder los \$25 por receta para un suministro de 30 días. Las recargas de emergencia de insulina y equipos relacionados con la insulina están cubiertas de la misma manera que una que no sea una emergencia. Visite



el sitio web en www.christushealthplan.org para obtener información sobre el reclamo médico de HMO. Si elige comprar suministros para la diabetes utilizando beneficios de farmacia, debe pagar el copago/coseguro de **BENEFICIOS DE FARMACIA** aplicable en el **Resumen de beneficios y cobertura** y cualquier diferencia de precio aplicable, y cualquier deducible. No se necesitan formularios de reclamo.

Los equipos y suministros para la diabetes incluyen, entre otros:

- monitores de glucosa en sangre
- monitores de glucosa no invasivos y monitores para ciegos
- bombas de insulina y accesorios necesarios
- dispositivos de infusión de insulina
- Contenedores desechables de riesgo biológico
- aparatos podológicos (incluyendo hasta dos personas con experiencias similares de calzado terapéutico por año natural)
- solución para medidor de glucosa
- tiras reactivas especificadas para su uso con el monitor de glucosa en sangre correspondiente
- lectura visual y tiras reactivas y tabletas de orina que analizan glucosa, cetonas y proteínas
- lancetas y dispositivos de lanceta
- ayudas para la inyección, incluyendo los dispositivos utilizados para ayudar con la inyección de insulina y los sistemas sin aguja
- kits de emergencia de glucagón
- pedidos de prescripción de insulina y preparaciones análogas de insulina
- jeringas de insulina
- agentes orales prescriptivos y no prescriptivos para el control de los niveles de azúcar en sangre

el equipo y los suministros para la diabetes en la lista a continuación solo están disponibles utilizando beneficios de farmacia. Cuando compra estos artículos utilizando beneficios de farmacia, debe pagar el copago/coseguro de **BENEFICIOS DE FARMACIA** aplicable en el **Resumen de beneficios y cobertura** y cualquier diferencia de precio aplicable, y cualquier deducible. No se necesitan formularios de reclamo.

Aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos

Los siguientes electrodomésticos y dispositivos cubiertos los deben proporcionar u organizar el PCP, y es posible que necesiten autorización previa de HMO.

1. Los aparatos protésicos iniciales están cubiertos sujetos a restricciones en el **Resumen de beneficios y cobertura** y **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.
2. La reparación y el reemplazo de aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos están cubiertos a menos que la reparación o el reemplazo sea el resultado de un mal uso o pérdida por su parte.
3. Aparatos ortopédicos, como aparatos ortopédicos utilizados para sostener, alinear o mantener partes del cuerpo en una posición correcta; muletas, incluyendo aparatos ortopédicos rígidos para la espalda, las piernas o el cuello; yesos para el tratamiento de cualquier parte de las piernas, brazos, hombros, caderas o espalda; corsés quirúrgicos y de espalda especiales; y apósitos, vendajes, fajas y férulas prescritos, dirigidos o aplicados por un médico que están diseñados a medida con el propósito de ayudar a la función de una articulación.
4. Prótesis mamarias iniciales y dos sostenes quirúrgicos después de la mastectomía.
5. Las plantillas ortopédicas médicamente necesarias para los pies que son consistentes con el Manual del contrato de beneficios de Medicare están cubiertas. No hay un máximo de año



calendario. Esto se suma y no afecta la cobertura de aparatos podológicos que se muestra en **Atención a la diabetes.**

6. Servicios profesionales relacionados con la adaptación y el uso de esos dispositivos que equivalen a la cobertura proporcionada por las leyes federales para el seguro médico para ancianos y discapacitados.

Equipo médico duradero

Debe obtener servicios y dispositivos mediante un proveedor de DME participante, que debe ser congruente con el Manual de DME de Medicare y puede necesitar de autorización previa de HMO. HMO determinará si el DME se alquila o se compra, y conserva la opción de recuperar el DME al cancelar o terminar su cobertura.

Ejemplos de DME son: sillas de ruedas estándar, muletas, andadores, tracciones ortopédicas, camas de hospital, oxígeno, inodoros de cabecera, máquinas de succión, etc. Los artículos excluidos se listan en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.**

Audífonos

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

Aclaración de cobertura de audífonos

El plan proporciona beneficios para audífonos como se describe en el Resumen de beneficios. De acuerdo con el Capítulo 1365 del Código de Seguros de Texas, el plan no denegará un reclamo por un audífono únicamente porque el precio de compra exceda la cantidad del beneficio de audífonos del Plan.

Los miembros pueden elegir un audífono que cueste más que el límite de beneficios y pagar la diferencia en el costo de su bolsillo. El plan seguirá aplicando la cantidad de beneficio estándar al reclamo.

Servicios del habla y la audición

Los Servicios cubiertos, que pueden requerir autorización previa, incluyen atención y tratamiento para pacientes hospitalizados y ambulatorios por pérdida o deterioro del habla o la audición que no es menos favorable que para enfermedades físicas en general.



Trastorno del espectro autista

Los servicios generalmente reconocidos prescritos en relación con el trastorno del espectro autista por su PCP en un plan de tratamiento recomendado por ese médico están cubiertos. No se aplicarán máximos de beneficios.

Las personas que dan tratamiento prescrito bajo ese plan deben ser:

1. Un profesional de la salud:
 - que tenga licencia, certificación o registro de una agencia apropiada del estado de Texas;
 - cuya credencial profesional sea reconocida y aceptada por una agencia apropiada de los Estados Unidos; o
 - que está certificado como proveedor bajo el sistema médico militar TRICARE.
2. una persona que actúa bajo la supervisión de un profesional de la salud descrito en el punto 1.

El tratamiento puede incluir servicios como:

- servicios de evaluación y valoración;
- detección y evaluación a los 18 y 24 meses;
- análisis de comportamiento aplicado;
- capacitación conductual y manejo del comportamiento;
- terapia de lenguaje;
- terapia ocupacional;
- fisioterapia; o
- medicamentos o suplementos nutricionales utilizados para tratar los síntomas del trastorno del espectro autista.

Se aplicarán todas las disposiciones contractuales estándar de esta EOC, incluyendo, entre otros, los términos, limitaciones y exclusiones definidos.

Costos de rutina para los pacientes de los participantes en ciertos ensayos clínicos

El plan proporciona cobertura para la atención de rutina del paciente médicamente necesaria en un centro de Texas, incurrida como resultado de la participación del miembro en un ensayo clínico si:

- (A) El ensayo clínico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos,
- (B) El ensayo clínico está aprobado por una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tiene un acuerdo con la Oficina de Protección de la Investigación Humana (Office for Human Research Protections) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services)
- (C) Ensayos financiados por el gobierno federal.— El estudio o investigación se aprueba o financia (lo que puede incluir financiamiento mediante contribuciones en especie) por uno o más de los



siguientes: (i) Los Institutos Nacionales de Salud. (ii) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (iii) La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica. (iv) Los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare. (v) Una cooperativa; grupo o centro de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) o el Departamento de Defensa (Department of Defense) o el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs). (vi) Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices 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: (I) El Departamento de Asuntos de Veteranos. (II) El Departamento de Defensa. (III) El Departamento de Energía.

(D) Condiciones para los departamentos. Las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o investigación realizado por un Departamento, son que el estudio o investigación haya sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por personas con experiencias similares que el Secretario determine:

- i) ser comparable al sistema de revisión por personas con experiencias similares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y
- ii) asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.



LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

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

1. Servicios o suministros de Proveedores no participantes, excepto:
 - a. atención de emergencia; o
 - b. cuando lo autorice HMO o su PCP.
2. Servicios o suministros que no son médicamente necesarios y esenciales para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una enfermedad, lesión, condición, dolencia o mal funcionamiento corporal como se define en este documento.
3. Si un servicio no está cubierto, HMO no cubrirá ningún servicio relacionado con él. Los servicios relacionados son:
 - a. servicios en preparación para el servicio no cubierto;
 - b. servicios relacionados con la prestación del servicio no cubierto;
 - c. hospitalización requerida para hacer el servicio no cubierto; o
 - d. servicios que generalmente se dan después del servicio no cubierto, como atención de seguimiento o terapia después de la operación.
4. Servicios y suministros experimentales/de investigación. Las denegaciones basadas en servicios experimentales o de investigación son determinaciones adversas sujetas al proceso de revisión de utilización, incluyendo las revisiones realizadas por una organización de revisión independiente.
5. Cualquier cargo que resulte de no mantener una visita programada con un proveedor participante o por la adquisición de expedientes médicos.
6. Informes médicos especiales no directamente relacionados con el tratamiento.
7. Exámenes, pruebas, vacunas u otros servicios necesarios por empleadores, aseguradoras, escuelas, campamentos, tribunales, autoridades de licencias, otros terceros o para viajes personales.
8. Servicios o suministros proporcionados por una persona que está relacionada con un miembro por sangre o matrimonio y servicios autoadministrados.
9. Servicios o suministros por lesiones sufridas como resultado de la guerra, declarada o no declarada, o cualquier acto de guerra o mientras esté en servicio activo o de reserva en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
10. Beneficios para los que está cubierto mediante programas de derechos del gobierno federal, estatal o local, incluyendo, entre otros, Medicare, Medicaid o sus sucesores.
11. Atención para condiciones que la ley federal, estatal o local necesita que se traten en un centro público.



12. Comparecencias en audiencias judiciales y otros procedimientos legales, y cualquier servicio relacionado con procedimientos judiciales o administrativos o realizados como parte de una investigación médica.
13. Cualquier servicio, suministro o medicamento recibido por un miembro fuera de los Estados Unidos, excepto para Atención de emergencia.
14. Servicios de transporte, excepto como se describe en **Servicios de ambulancia**, o cuando lo apruebe HMO.
15. Artículos personales o de comodidad, incluyendo, entre otros, televisores, teléfonos, camas para huéspedes, kits de admisión, kits de maternidad y kits para recién nacidos proporcionados por un hospital u otro centro para pacientes hospitalizados.
16. Habitaciones privadas a menos que sea médicamente necesario y esté autorizado por la HMO. Si no hay una habitación semiprivada disponible, HMO cubre una habitación privada hasta que haya una habitación semiprivada disponible.
17. Todos y cada uno de los trasplantes de órganos, células y otros tejidos, excepto como se describe en **Servicios del hospital para pacientes hospitalizados**. Los servicios o suministros relacionados con el trasplante de órganos y tejidos u otros procedimientos cuando usted es el donante y el receptor no es miembro no están cubiertos.
18. El plan no cubre ningún procedimiento de trasplante de órganos o atención posterior al trasplante si:
 - a. El trasplante se hizo en China o en cualquier país que se sepa que participó en la sustracción forzada de órganos; o
 - b. El órgano se obtuvo mediante venta o donación originaria de China o de dicho país. Esta exclusión se aplica independientemente de la necesidad médica o la idoneidad clínica del trasplante. Sigue existiendo cobertura para los trasplantes médicamente necesarios realizados en países que no se les conoce por su participación en la sustracción forzada de órganos.
19. Servicios o suministros para el cuidado de compañía.
20. Servicios o suministros proporcionados por una institución que es principalmente un lugar de descanso, un lugar para ancianos o cualquier institución similar.
21. Enfermería privada, excepto cuando se determine que es médicamente necesario y ordenado o autorizado por el PCP.
22. Servicios o suministros para servicios dietéticos y nutricionales, incluyendo kits de pruebas en el hogar, vitaminas, suplementos y reemplazos dietéticos y alimentos especiales, excepto:
 - un programa de evaluación nutricional para pacientes hospitalizados proporcionado en y por un hospital y aprobado por HMO;



- fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias;
 - como se describe en Cuidado de la diabetes;
 - como se describe en Trastorno del espectro autista.
23. Servicios o suministros para operación cosmética, reconstructiva o plástica, incluyendo la operación de reducción o aumento de mamas (agrandamiento), incluso cuando sea médicamente necesario, excepto como se describe en Operación cosmética, reconstructiva o plástica.
24. Servicios o suministros proporcionados principalmente para:
- a. Sensibilidad ambiental; o
 - b. Ecología clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y eficaz por la Academia Estadounidense de Alergólogos e Inmunólogos; o
 - c. pruebas o tratamiento de alergia para pacientes hospitalizados.
25. Servicios o suministros proporcionados, en preparación o junto con lo siguiente, excepto como se describe en **Servicios de atención de maternidad y planificación familiar**.
- a. reversión de esterilización (masculina o femenina);
 - b. operación de reasignación de género y tratamientos relacionados, incluyendo la terapia hormonal y el consejo médico o psicológico;
 - c. tratamiento de la disfunción sexual incluyendo medicamentos, prótesis de pene y otras operaciones, y estudios vasculares o pletismográficos que se utilizan solo para diagnosticar la impotencia;
 - d. promoción de la fertilidad mediante tecnologías reproductivas extracoitales, incluyendo, entre otras, inseminación artificial, inseminación intrauterina, superovulación, mejora de la capacitación uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación tubárica transuterina, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de etapa de ovocitos pronucleares, transferencia intrafalopiana de cigotos y transferencia de embriones tubáricos;
 - e. cualquier servicio o suministro relacionado con la fertilización in vitro u otros procedimientos cuando Usted es el donante y el receptor no es un Miembro;
 - f. Medicamentos para la fertilización in vitro y la fertilidad.
26. Servicios o suministros relacionados con el cuidado rutinario de los pies, incluyendo la eliminación de verrugas, callos o callosidades, o el corte y recorte de las uñas de los pies en ausencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica.
27. Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies planos, arcos caídos o distensión crónica del pie.
28. Servicios o suministros para la reducción de la obesidad o el peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos y medicamentos con receta, incluso si el miembro tiene otras condiciones médicas que podrían mejorarse con una reducción de la obesidad o el peso, excepto la consejería sobre dietas saludables y la detección/consejería sobre obesidad que se pueden proporcionar en **Servicios preventivos**.
29. Servicios o suministros para, o en conjunto con, la terapia de quelación, excepto para el



tratamiento de la intoxicación aguda por metales.

30. Servicios o suministros para el cuidado dental para adultos mayores de 19 años, excepto como se describe en **Procedimientos quirúrgicos dentales**.
31. Tratamientos alternativos como acupuntura, acupresión, hipnotismo, terapia de masaje y aromaterapia.
32. Servicios o suministros para:
 - a. tracción intersegmentaria;
 - b. EMG de superficie;
 - c. manipulación espinal bajo anestesia;
 - d. pruebas musculares mediante máquinas de kinesiología computarizadas como Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
33. Estimuladores galvánicos o unidades TENS.
34. Suministros ambulatorios desechables o consumibles, como jeringas, agujas, suministros para análisis de sangre u orina (excepto los que se usan en el tratamiento de la diabetes); fundas, bolsos, prendas elásticas, medias y vendajes, ligeros, bolsas de ostomía.
35. Pruebas psicológicas/neuropsicológicas y servicios de psicoterapia incluyendo, entre otros:
 - a. pruebas educativas;
 - b. pruebas obligatorias del empleador/gobierno;
 - c. pruebas para determinar la elegibilidad para los beneficios por discapacidad;
 - d. pruebas con fines legales (por ejemplo, evaluaciones de custodia/colocación, evaluaciones forenses y pruebas ordenadas por el tribunal);
 - e. pruebas con fines vocacionales (por ejemplo, inventarios de intereses, inventarios relacionados con el trabajo y desarrollo profesional);
 - f. servicios dirigidos a mejorar la personalidad o el estilo de vida;
 - g. orientación vocacional o religiosa;
 - h. actividades principalmente de carácter educativo;
 - i. musicoterapia o danza;
 - j. terapia bioenergética; o
 - k. servicios psicoterapéuticos a los que accede simultáneamente más de un proveedor de atención de salud mental.
36. Biorretroalimentación (excepto un diagnóstico de lesión cerebral adquirida) u otros servicios de modificación del comportamiento.
37. Servicios de salud mental, excepto como se describe en **Servicios de salud conductual** o según se pueda proporcionar en **Trastorno del espectro autista**.
38. Centros de Tratamiento Residencial para la Dependencia Química que no son:
 - a. acreditado como un centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales;
 - b. con autorización como programa de tratamiento de dependencia química por la Comisión de



- Texas sobre el abuso de alcohol y drogas; o
- c. autorizado, certificado o aprobado como un programa o centro de tratamiento de dependencia química por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencias, certificar o aprobar.
39. Programas de trauma o en la naturaleza para la salud conductual o el tratamiento de la dependencia química.
 40. Reemplazo por pérdida, daño o defecto funcional de audífonos. Las baterías no están cubiertas a menos que sean necesarias en el momento de la colocación inicial de los dispositivos de audífonos.
 41. Equipo de lujo como sillas de ruedas y camas motorizadas (a menos que se determine que es médicamente necesario); artículos de confort; tablas de cama; elevadores de bañera; mesas sobre la cama; purificadores de aire; baños de sauna; equipo de ejercicio; estetoscopios y esfigmomanómetros; Artículos experimentales o de investigación; y reemplazo, reparación o mantenimiento del DME.
 42. Suministros o medicamentos de venta libre y medicamentos con receta y medicamentos de cualquier tipo, excepto:
 - a. según lo dispuesto mientras está internado,
 - b. según lo dispuesto en **el Trastorno del espectro autista**;
 - c. según lo dispuesto en **el Cuidado de la Diabetes**;
 - d. dispositivos anticonceptivos y anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA para mujeres con una receta escrita de un proveedor participante; o
 - e. si está cubierto por los **BENEFICIOS DE FARMACIA**.
 43. Dispositivos anticonceptivos masculinos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como los condones; dispositivos anticonceptivos femeninos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como el espermicida, cuando los recete un proveedor participante.
 44. Cualquier procedimiento, equipo, servicio, suministro o cargo por abortos para los que se prohíben los fondos federales. Se permiten fondos federales para abortos en los que un embarazo que, según lo certificado por un médico, lo pone en peligro de muerte a menos que se haga un aborto.
 45. Aborto electivo.



BENEFICIOS DE FARMACIA

Definiciones

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

Cantidad permitida significa la cantidad máxima determinada por HMO para ser elegible para la consideración del pago de un medicamento cubierto en particular. Tal como se aplica a las farmacias participantes, la Cantidad Permitida se basa en las disposiciones del contrato entre HMO y la Farmacia Participante vigente en la fecha del servicio. Según se aplica a **los medicamentos con receta comprados fuera del área de servicio**, la cantidad permitida se basa en la tarifa del contrato de la farmacia participante.

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

Copago o Copago significa la cantidad en dólares pagada por el miembro por cada Pedido de medicamentos con receta surtido o resurtido mediante una farmacia participante.

Coseguro significa la cantidad porcentual pagada por el miembro por cada Pedido de medicamentos con receta surtido o resurtido mediante una Farmacia Participante.

Lista de medicamentos significa una lista de todos los medicamentos que pueden estar cubiertos por sus beneficios de farmacia. La Lista de medicamentos está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org. También puede comunicarse con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación para obtener más información.

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

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



Medicamentos cubiertos significa un medicamento con receta, biológico o compuesto que la ley exige que tenga una etiqueta que indique “Precaución: la ley federal prohíbe la dispensación sin receta” y que está aprobado por la FDA para un uso o propósito particular.

Código nacional de drogas (NDC) significa un sistema de clasificación nacional para la identificación de drogas.

Medicamento de marca no preferido significa un medicamento de marca que aparece en la Lista de medicamentos aplicable y está sujeto al copago de medicamentos de marca no preferidos. La Lista de Medicamentos está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org.

Farmacia participante significa una farmacia minorista independiente, una cadena de farmacias minoristas, una farmacia del programa de pedidos por correo o un proveedor de farmacia especializada que ha celebrado un acuerdo por escrito con HMO para prestar servicios farmacéuticos a los miembros según esta EOC.

Farmacia significa un establecimiento con autorización estatal y federal donde se hace la práctica de la farmacia, que está físicamente separado y aparte del consultorio de cualquier proveedor, y donde los medicamentos y dispositivos se proporcionan según órdenes de prescripción al público en general por un farmacéutico con autorización para proporcionar dichos medicamentos y dispositivos según las leyes del estado en el que ejerce.

Red de vacunas de farmacia significa la red de farmacias participantes que han celebrado un acuerdo por escrito con HMO para proporcionar ciertas vacunas a los miembros bajo esta EOC.

Medicamento de marca preferido significa un medicamento de marca que aparece en la lista de medicamentos correspondiente y está sujeto al copago del medicamento de marca preferido. Esta lista está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org.

Farmacia participante preferida significa una Farmacia participante que tiene un acuerdo por escrito con HMO para prestar servicios farmacéuticos a los miembros o una entidad elegida por HMO para administrar su programa de medicamentos con receta que se designó como Farmacia participante preferida.

Orden de prescripción significa una orden escrita o verbal de su profesional de la salud autorizado a un farmacéutico para que se proporcione un medicamento o dispositivo.

Medicamentos especializados significa un medicamento con receta de alto costo que cumple cualquiera de los siguientes criterios;

- (1) utilizado en poblaciones o indicaciones limitadas de pacientes,
- (2) típicamente autoinyectado,
- (3) disponibilidad limitada, necesita dispensación especial o necesita entrega o apoyo al paciente y, por lo tanto, son difíciles de obtener mediante los canales tradicionales de farmacia,
- (4) se necesitan procedimientos de reembolso complejos o
- (5) una parte considerable del uso y los costos se generan con frecuencia mediante reclamos médicos en consultorios.



Proveedor de farmacia especializada significa una Farmacia participante que ha celebrado un acuerdo por escrito con HMO para proporcionar Medicamentos especializados a los miembros bajo esta EOC.

Medicamentos cubiertos

Los beneficios para medicamentos cubiertos médicamente necesarios recetados para tratarlo por una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal cubierta por HMO están disponibles si el medicamento está en la Lista de medicamentos correspondiente y aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para al menos una indicación y está reconocido por lo siguiente para el tratamiento de la indicación para la cual se receta el medicamento:

- un compendio de referencia de medicamentos con receta aprobado por el Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance), o
- literatura médica revisada por colegas sustancialmente aceptada.

A medida que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprueba nuevos medicamentos, dichos medicamentos, a menos que el uso previsto sea específicamente excluido por HMO, pueden ser elegibles para beneficios si se incluyen en la Lista de medicamentos aplicable. Algunos medicamentos equivalentes se fabrican bajo múltiples marcas. En tales casos, HMO puede limitar los beneficios a solo uno de los equivalentes de marca disponibles.

Los medicamentos listados en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan continuarán ofreciéndose al nivel de beneficios contratados hasta la fecha de renovación del plan.

Usted es responsable de los copagos/coseguros de los medicamentos cubiertos que se muestran en el **Resumen de beneficios y cobertura** y de las diferencias de precios que puedan aplicarse al medicamento cubierto dispensado. Si recibe un suministro parcial de un medicamento con receta de su farmacia, la cantidad del costo compartido se prorrateará en función de la cantidad de días de suministro del medicamento realmente dispensado.

Medicamentos inyectables. Los medicamentos inyectables aprobados por la FDA para la autoadministración están cubiertos. Los medicamentos inyectables incluyendo, entre otros, insulina e Imitrex.

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

Suministros para el cuidado de la diabetes. Se cubren la insulina, los análogos de insulina, las plumas de insulina, las jeringas de insulina, las agujas, los dispositivos de inyección, los kits de emergencia de glucagón, las lancetas, los dispositivos de lanceta, la solución del medidor de glucosa, las tiras reactivas especificadas para su uso con un monitor de glucosa en sangre correspondiente, las tiras de lectura visual y las tiras reactivas de orina y sangre, y las tabletas que analizan la glucosa, las cetonas y las proteínas, y los agentes orales prescriptivos y no recetados para controlar los niveles de azúcar en la sangre.



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

Atención preventiva. Los medicamentos de venta libre que tengan una calificación de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”) o según lo exija la ley estatal estarán cubiertos y no estarán sujetos a ningún copago, coseguro, deducible o máximos en dólares.

Vacunas obtenidas mediante ciertas farmacias participantes. Los beneficios de las vacunas se muestran en el **Resumen de beneficios y cobertura**. Estas vacunas están disponibles mediante ciertas farmacias participantes que han contratado a HMO para dar este servicio. Para localizar una de estas farmacias participantes en la red de vacunas de farmacia en su área y determinar qué vacunas están cubiertas por este beneficio, acceda al sitio web en www.christushealthplan.org o comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Cada farmacia participante incluida en la Red de Vacunas de Farmacia que haya contratado a HMO para dar este servicio puede tener requisitos de edad, programación u otros requisitos que se aplicarán, por lo que le recomendamos que se comunique con ellos con anticipación.

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

Fórmulas elementales a base de aminoácidos. Fórmulas, independientemente del método de administración de fórmulas, utilizadas para el diagnóstico y tratamiento de:

- Inmunoglobulina E y alergias no mediadas por inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias;
- Síndromes graves de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias;
- Trastornos eosinofílicos, como lo demuestran los resultados de la biopsia; y
- Trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

Se necesita una orden de prescripción de su profesional de la salud. El plan proporciona cobertura para Fórmulas elementales a base de aminoácidos sobre una base no menos favorable que la base sobre la cual los medicamentos con receta y otros medicamentos y servicios relacionados están cubiertos por el plan, y en la misma medida exacta en que el plan da cobertura para medicamentos que están disponibles solo por orden de un médico.

Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral. Hay beneficios disponibles para los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral médicamente necesarios que se usan para matar o retrasar el crecimiento de las células cancerosas. Los copagos/coseguros no se aplicarán a ciertos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral. Para determinar si un medicamento específico está incluyendo en este beneficio, comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Medicamentos especializados. Los beneficios están disponibles para medicamentos especializados como se describe en el **Programa de farmacia especializada**.



Medicamentos fuera de etiqueta: Los medicamentos fuera de etiqueta son beneficios cubiertos cuando los aprueba la Administración de Alimentos y Medicamentos al menos para una indicación y se reconocen para el tratamiento de la indicación para la cual se prescribe el medicamento en un compendio de referencia de medicamentos estándar o en una literatura médica revisada por personas con experiencias similares sustancialmente aceptada. El medicamento debe recetarse para tratar un Servicio cubierto y debe ser medicamento necesario. Los medicamentos fuera de etiqueta no se denegarán únicamente sobre la base de que el medicamento no se incluye en la lista de medicamentos cubiertos (formulario).

Selección de una farmacia

Cuando necesite surtir una orden de receta, debe usar una farmacia participante. Cada receta o resurtido está sujeto al copago/coseguro que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura** y a las diferencias de precios aplicables. Es posible que deba pagar por Servicios limitados o no cubiertos. No se necesitan formularios de reclamo.

Aunque puede ir a cualquier farmacia participante, sus beneficios para medicamentos y otros artículos cubiertos por esta disposición serán mayores cuando los obtenga de una farmacia participante preferida. Sus copagos serán menores cuando use una farmacia participante preferida.

Si no está seguro de si una farmacia es una farmacia participante, puede acceder al sitio web en www.christushealthplan.org (Buscador de proveedores). Las farmacias participantes preferidas también se identificarán en el Buscador de proveedores. También puede llamar al servicio de atención al cliente al teléfono gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para obtener información sobre las farmacias participantes y las farmacias participantes preferidas.

Programa de pedidos por correo. Si elige utilizar el servicio de pedido por correo, debe enviar por correo su pedido de medicamentos con receta a la dirección proporcionada en el formulario de pedidos por correo y enviar su pago por cada receta surtida o resurtida. Cada receta o resurtido está sujeto al copago/coseguro que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura** y a cualquier diferencia de precio aplicable, pagadera por el miembro directamente a la farmacia de pedidos por correo.

Es posible que algunos medicamentos no estén disponibles mediante el programa de pedidos por correo. Si tiene alguna pregunta sobre este programa de pedidos por correo, necesita ayuda para determinar la cantidad de su pago o necesita obtener el formulario de reclamo de medicamentos con receta por correo, acceda al sitio web en www.christushealthplan.org o comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación. Envíe por correo el formulario completo, sus recetas y el pago a la dirección que se indica en el formulario.

Programa de farmacia especializada. El servicio de entrega de medicamentos especializados integra los beneficios de medicamentos especializados con los beneficios médicos y de medicamentos con receta generales del miembro. Este programa proporciona la entrega de medicamentos directamente desde el proveedor de farmacia especializada a su profesional de atención médica, ubicación de administración o al miembro que está recibiendo tratamiento para una condición médica compleja.

El servicio de entrega del Programa de farmacias especializadas de HMO ofrece:

- Coordinación de la cobertura entre usted, su profesional de la salud y HMO,



- Materiales educativos sobre la condición particular del paciente e información sobre el manejo de los posibles efectos secundarios de los medicamentos,
- Jeringas, recipientes para objetos punzantes, hisopos con alcohol y otros suministros con cada envío de medicamentos autoinyectables aprobados por la FDA, y
- Acceso a un fármaco para problemas urgentes de medicamentos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

La Lista de medicamentos que incluye estos medicamentos especializados está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org o comunicándose con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación. Su costo será el copago/coseguro aplicable que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura**, y cualquier diferencia de precios aplicable.

Medicamentos administrados por personal clínico: protecciones para miembros

De acuerdo con el Capítulo 1369 del Código de Seguros de Texas y HB 1647, el plan prohíbe las siguientes prácticas para los medicamentos administrados por personal clínico que se usan para tratar a un inscrito con una condición médica crónica, compleja, rara o potencialmente mortal:

- El plan no necesita la dispensación de medicamentos administrados por el médico de una farmacia específica o farmacia de la red
- El plan no limita a los proveedores a facturar o recibir un reembolso bajo el beneficio de farmacia en lugar del beneficio médico, a menos que:
 - El inscrito proporciona su consentimiento informado, y
 - El proveedor presenta una certificación que indique que la facturación bajo el beneficio de farmacia no aumenta el riesgo de resultados adversos o retrasos en la atención;
- El plan no impone ningún cargo adicional ni costos compartidos más altos únicamente porque un medicamento administrado por un médico se dispensó en una farmacia fuera de la red o según la farmacia elegida por el inscrito.

Medicamentos con receta comprados fuera del área de servicio. HMO le reembolsará la cantidad permitida de los medicamentos con receta menos el copago/coseguro de medicamentos fuera del área que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura**, para los medicamentos con receta cubiertos que compre fuera del área de servicio. Debe enviar un formulario de reclamo completo a HMO, incluyendo su nombre, el nombre del profesional de la salud autorizado que prescribe, la fecha de compra, el NDC del medicamento y los recibos detallados que indiquen el costo total de la receta en los noventa (90) días posteriores a la fecha de compra para calificar para el reembolso bajo los **BENEFICIOS DE FARMACIA**. Puede acceder al sitio web en www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo de medicamentos con receta.

Cantidad prorrateada de costos compartidos para suministros parciales. El plan prorrateará cualquier cantidad de costo compartido cobrado por un suministro parcial de un medicamento con receta si la farmacia o el médico que receta al miembro avisa al plan que la cantidad dispensada es para sincronizar las fechas en que la farmacia dispensa los medicamentos con receta del miembro y la sincronización de las fechas en el mejor interés del Miembro, si el miembro está de acuerdo con la sincronización. La cantidad prorrateada debe basarse en la cantidad de días que se dispensa realmente el suministro del medicamento. Esto se aplica solo a los medicamentos que:

- Está cubierto por el plan;



- Cumple los criterios de autorización previa específicamente aplicables al medicamento bajo el plan en la fecha en que se hace la solicitud de sincronización;
- Se utiliza para el tratamiento y manejo de una enfermedad crónica;
- Se puede recetar con recargas;
- Es una formulación que se puede dispensar de manera efectiva de acuerdo con el plan de sincronización de medicamentos descrito anteriormente; y
- No es, de acuerdo con los programas establecidos por el comisionado del Departamento de Servicios de Salud del Estado bajo el Capítulo 481, Código de Salud y Seguridad, una sustancia de la Lista II o una sustancia controlada de la Lista III que contenga hidrocodone.

Su costo

Cómo se aplican las cantidades de copago/coseguro. Si la cantidad permitida del medicamento es menor que el copago/coseguro, usted paga el costo más bajo. No pagará más que el copago/coseguro del medicamento de marca preferido o del medicamento de marca no preferido aplicable si la receta no tiene equivalente genérico. Si recibe un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible, el copago/coseguro será el total del copago/coseguro del medicamento genérico más la diferencia entre el costo del equivalente del medicamento genérico y el costo del medicamento de marca. Se pueden permitir excepciones a esto para ciertos medicamentos preventivos (incluyendo los medicamentos anticonceptivos recetados) si su profesional de la salud presenta una solicitud a HMO indicando que el medicamento genérico sería médicamente inapropiado, junto con la documentación de respaldo. Si HMO concede la solicitud de excepción, se eximirá de cualquier diferencia entre la cantidad permitida para el medicamento de marca y el equivalente del medicamento genérico.

Límites de suministro de medicamentos anticonceptivos recetados

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1369.1013, el plan permite a los inscritos obtener:

- Un suministro de tres meses de un medicamento anticonceptivo recetado cubierto al mismo tiempo cuando se dispensa el medicamento por primera vez; y
- Un suministro de 12 meses del mismo medicamento anticonceptivo recetado cubierto a la vez por cada reposición posterior.

El plan cubrirá solo un suministro de 12 meses por período de 12 meses, a menos que esté médicamente indicado. Esta disposición se aplica solo a los medicamentos cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios del plan y dispensados en una farmacia participante.

Acerca de sus beneficios

Lista de medicamentos cubiertos. En la Lista de medicamentos se muestra una lista de todos los medicamentos cubiertos. HMO revisará periódicamente la Lista de medicamentos y la ajustará para modificar el estado de medicamentos de marca preferidos/no preferidos de medicamentos nuevos y existentes. Los cambios a la Lista de medicamentos se implementarán en la próxima fecha de renovación del Acuerdo grupal y están sujetos a los requisitos del Código de Seguros de Texas, 1369.0541. La Lista de medicamentos y cualquier modificación de la misma se pondrán a disposición de los miembros. Usted, el



miembro, tiene derecho a un aviso de 60 días para modificar la cobertura de medicamentos. Esta lista está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org o comunicándose con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Determinaciones adversas sobre medicamentos con receta

Un agente de revisión de utilización avisará una determinación adversa para una revisión simultánea de la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por las cuales el miembro está recibiendo beneficios médicos bajo el Contrato de seguro médico a más tardar el día 30 antes de la fecha en que se suspenderá la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas.

Solicitudes de excepción. Usted, o el profesional de la salud que le recetó, pueden solicitar una excepción a la Lista de medicamentos si su medicamento no está en la Lista de medicamentos (también conocida como lista de medicamentos cubiertos (formulario)). Para solicitar esta excepción, usted o su médico pueden llamar al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para solicitar una revisión. Si tiene una condición médica que puede poner en peligro su vida, su salud o evitar que recupere la función, o si su terapia farmacológica actual utiliza un medicamento no cubierto, usted o su médico pueden solicitar un proceso de revisión acelerado. HMO le informará a usted y a su médico la decisión de cobertura en las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud y 24 horas para una revisión acelerada. Si se rechaza la solicitud de cobertura, HMO le informará a usted y a su médico por qué se rechazó y le ofrecerá un medicamento alternativo cubierto (si corresponde). Si se deniega su excepción, puede apelar la decisión de acuerdo con el proceso de apelaciones de farmacia que recibirá con la determinación de denegación. Llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación si tiene alguna pregunta.

Suministro diario. Los beneficios para los medicamentos cubiertos obtenidos de una farmacia participante se proporcionan hasta el límite máximo de suministro diario como se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura**. HMO tiene derecho a determinar el suministro diario. El pago de los beneficios cubiertos por HMO se puede denegar si los medicamentos se dispensan o entregan de una manera destinada a cambiar, o tener el efecto de cambiar o eludir, la limitación de suministro máximo de días establecida.

Si va a salir del país o necesita un suministro prolongado de medicamentos, llame al servicio de atención al cliente al menos dos semanas antes de que tenga la intención de irse. Los suministros extendidos o la anulación de vacaciones no están disponibles mediante el programa de pedidos por correo, pero pueden aprobarse solo mediante la farmacia minorista. En algunos casos, es posible que se le pida que proporcione prueba de elegibilidad continua para ser miembro bajo el EOC.

Dispensación/cantidad versus límites de tiempo. La cantidad máxima de un medicamento con receta determinado indica el número de unidades que se dispensarán y se determina en función de la información médica pertinente y la eficacia y seguridad clínicas. Las cantidades de algunos medicamentos están restringidas independientemente de la cantidad ordenada por el profesional de la salud. Para determinar si un medicamento específico está sujeto a esta limitación, puede acceder al sitio web en www.christushealthplan.org o comunicarse con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación. Si se emite una orden de prescripción para una cierta cantidad de medicamento que se tomará en un período de tiempo indicado por un profesional de la salud, la orden de prescripción solo estará cubierta por una cantidad predeterminada de medicamento clínicamente apropiada durante el período de tiempo especificado. Los límites de dispensación se basan en las recomendaciones de dosificación de la FDA y las directrices clínicas reconocidas a nivel nacional.



Si necesita una Orden de Receta que exceda el límite de dispensación establecido por HMO, pídale a su médico que envíe una solicitud de revisión clínica en su nombre. El profesional de la salud puede obtener un formulario de solicitud de anulación accediendo a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Cualquier información médica pertinente junto con el formulario completo debe enviarse por fax a los Programas de farmacia clínica al número de fax indicado en el formulario. La solicitud se aprobará o denegará después de la evaluación de la información clínica presentada. HMO tiene el derecho de determinar los límites de dispensación a su entera discreción. El pago de los beneficios cubiertos por HMO se puede denegar si los medicamentos se dispensan o entregan de una manera destinada a cambiar, o tener el efecto de cambiar o eludir, la limitación de cantidad máxima establecida.

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

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

Cuando envíe un pedido de receta a una farmacia participante para uno de estos medicamentos designados, se alertará al farmacéutico si la revisión en línea de su historial de reclamos de recetas indica que no se ha probado previamente un medicamento alternativo aceptable. Si es así, se le proporcionará un teléfono gratuito para que su profesional de la salud llame y obtenga información adicional sobre el programa y los criterios. Una lista de medicamentos de terapia escalonada está disponible para usted y su profesional de la salud en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org o comuníquese con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Si es médicamente necesario, se puede obtener cobertura para los medicamentos con receta o las clases de medicamentos sujetos al programa de terapia escalonada sin probar primero un medicamento alternativo. En este caso, su profesional de la salud debe comunicarse con HMO para obtener autorización previa para la cobertura de dicho medicamento. Si se otorga la autorización, se avisará al profesional de la salud y el medicamento estará cubierto con el copago/coseguro correspondiente.

Aunque es posible que actualmente esté en terapia escalonada, es posible que su reclamo deba revisarse para ver si se han cumplido los criterios para la cobertura de tratamiento adicional. Es posible que se necesite un tratamiento documentado con un medicamento alternativo terapéutico genérico o de marca para la cobertura continua del medicamento de marca.

Terapia escalonada - Enfermedad mental grave

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §§1369.0546–1369.0547, los protocolos de terapia escalonada del plan para medicamentos con receta utilizados para tratar una enfermedad mental grave (según



se define en la ley de Texas) cumplirán lo siguiente:

- Para los inscritos de 18 años o más, es posible que el plan no necesite que no respondan a más de un medicamento con receta diferente antes de cubrir el medicamento con receta. Esta limitación no se aplica a los equivalentes genéricos o farmacéuticos.
- El plan puede implementar protocolos de terapia escalonada para equivalentes genéricos o farmacéuticos no más de una vez por año del plan, o cuando se agrega un medicamento al formulario.
- Los inscritos y proveedores pueden solicitar una excepción de terapia escalonada, y dichas solicitudes se revisarán de acuerdo con la ley aplicable y los procedimientos del plan.

Autorización previa. La cobertura de ciertos medicamentos con receta designados está sujeta a criterios de autorización previa. Esto significa que para garantizar que un medicamento sea seguro, eficaz y parte de un plan de tratamiento específico, ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa y la evaluación de información clínica adicional antes de dispensarlos. Usted y su profesional de la salud pueden acceder a una lista de los medicamentos que necesitan autorización previa en nuestro sitio web al www.christushealthplan.org o comunicarse con el servicio al cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Cuando envíe un pedido de medicamentos con receta a una farmacia participante para uno de estos medicamentos designados, el farmacéutico recibirá una alerta en línea si su pedido de medicamentos con receta está en la lista de medicamentos que necesitan autorización previa antes de que se pueda surtir. Si esto ocurre, su profesional de la salud deberá enviar un formulario de autorización. Este formulario también puede ser enviado por su profesional de la salud antes de la solicitud a la farmacia. El profesional de la salud puede obtener el formulario de autorización accediendo a nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. El medicamento solicitado puede ser aprobado o denegado para su cobertura por HMO en función de su acuerdo con los criterios clínicos establecidos.

Limitación anual de autorización previa para ciertas condiciones crónicas

De acuerdo con el Código de Seguros de Texas §§1369.651–1369.654, el plan no puede requerir más de una autorización previa por año para un medicamento con receta utilizado para tratar a un inscrito para:

- Una enfermedad autoinmune
- Hemofilia
- Enfermedad de Von Willebrand

Esto se aplica cuando el medicamento con receta se usa para el mismo diagnóstico y tratamiento continuo.

El plan puede necesitar una nueva autorización previa solo si:

- Cambios en el formulario de beneficios de medicamentos con receta del inscrito
- El proveedor que receta cambia la dosis o la frecuencia
- La evidencia clínica respalda que se necesita una nueva autorización previa para la seguridad médica; o
- Se sospecha de fraude, despilfarro o abuso.

Derecho de apelación. Tiene derecho a apelar como se explica en la sección Procedimientos de QUEJAS Y APELACIONES de esta EOC.



LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Los beneficios de farmacia no están disponibles para:

1. Medicamentos que no aparecen en la Lista de medicamentos.
2. Medicamentos que por ley no necesitan una orden de receta, excepto como se indica en Atención preventiva en **BENEFICIOS DE FARMACIA**, de un profesional de la salud autorizado y medicamentos o dispositivos cubiertos para los que no se obtuvo una orden de receta válida. (La insulina, los análogos de insulina, las plumas de insulina, los agentes orales recetados y no recetados para controlar los niveles de azúcar en la sangre y las vacunas administradas mediante ciertas farmacias participantes que se muestran en el **Resumen de beneficios y cobertura** están cubiertos).
3. Medicamentos con receta si hay un producto de venta libre disponible con los mismos ingredientes activos en la misma concentración, a menos que HMO determine lo contrario.
4. Medicamentos que la ley exige que estén etiquetados: “Precaución: limitada por la ley federal al uso en investigación” o medicamentos experimentales, aunque se haga un cargo por los medicamentos.
5. Medicamentos, cuyo uso o uso previsto sería ilegal, poco ético, imprudente, abusivo, no medicamento necesario o inapropiado.
6. Medicamentos obtenidos mediante el uso no autorizado, fraudulento, abusivo o indebido de la tarjeta de identificación.
7. Medicamentos utilizados o destinados a ser utilizados en el tratamiento de una cantidad, enfermedad, lesión o mal funcionamiento corporal que no está cubierto por HMO, o para el que se han agotado los beneficios.
8. Medicamentos inyectados, ingeridos o aplicados en el consultorio de un médico o durante el confinamiento mientras un paciente está en un hospital u otra institución o centro de cuidados intensivos, incluyendo los medicamentos para llevar a casa; y medicamentos dispensados por un hogar de ancianos o una institución o centro de custodia o atención crónica.
9. Medicamentos para los que el precio de comercio habitual de la farmacia para el público en general es menor o igual al copago.
10. Medicamentos comprados en una farmacia no participante en el área de servicio.
11. Dispositivos o equipos médicos duraderos (DME) como, entre otros, dispositivos terapéuticos, incluyendo prendas de soporte y otras sustancias no medicinales, aunque dichos dispositivos puedan requerir una orden de receta. (Se cubren las agujas hipodérmicas desechables, las jeringas para inyecciones autoadministradas y los dispositivos anticonceptivos). Sin embargo, tiene ciertos beneficios de DME disponibles en la sección **Equipo médico duradero** en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**. La cobertura para dispositivos anticonceptivos femeninos y el alquiler (o, a opción de HMO, la compra) de extractores de leche manuales o eléctricos se proporciona como se indica en la sección **Servicios preventivos y de mantenimiento de la salud** en **SERVICIOS Y BENEFICIOS**



CUBIERTOS.

12. Dispositivos anticonceptivos masculinos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como los condones; dispositivos anticonceptivos femeninos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como el espermicida, cuando los recete un proveedor participante.
13. Cualquier servicio especial proporcionado por una farmacia, incluyendo, entre otros, consejería y entrega. Las vacunas que se muestran en el **Resumen de beneficios y cobertura** administradas mediante ciertas farmacias participantes son una excepción a esta exclusión.
14. Medicamentos dispensados en cantidades superiores a las cantidades de suministro diarios indicados en el **Resumen de beneficios y cobertura**, o resurtidos de cualquier receta que exceda el número de resurtidos especificado por el profesional de la salud autorizado o por la ley, o cualquier medicamento o medicamento dispensado más de un (1) año después de la fecha de la Orden de Recetas.
15. Administración o inyección de cualquier medicamento.
16. Medicamentos inyectables, excepto los medicamentos especializados o los aprobados por la FDA para su autoadministración.
17. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
18. Rogaine, minoxidil o cualquier otro medicamento, medicamento, solución o preparación utilizada o destinada a usarse en el tratamiento de la caída del pelo, el adelgazamiento del pelo o cualquier cantidad relacionada ya sea para facilitar o promover el crecimiento del pelo, para reemplazar el pelo perdido o de otra manera.
19. Cualquier enjuague bucal antiséptico o con flúor recetado, enjuagues bucales o soluciones o preparaciones orales tópicas.
20. Medicamentos cosméticos utilizados principalmente para mejorar la apariencia, incluyendo, entre otros, la corrección de las arrugas de la piel y el envejecimiento de la piel.
21. Retin A o fármacos tópicos farmacológicamente similares.
22. Medicamentos con receta y dispensados para el tratamiento de la obesidad o para su uso en cualquier programa de reducción de peso, pérdida de peso o control dietético.
23. Medicamentos para tratar la disfunción sexual incluyendo, entre otros, citrato de sildenafil, phentolamine, apomorphine y alprostadil en forma oral y tópica.
24. Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad (orales e inyectables).
25. Órdenes de prescripción que no cumplen los criterios de terapia escalonada requeridos.
26. Órdenes de prescripción que no cumplen los criterios de autorización previa requeridos.



27. Algunos medicamentos equivalentes fabricados bajo múltiples marcas. HMO puede limitar los beneficios a solo uno de los equivalentes de marca disponibles. Si no acepta la marca que está cubierta por esta EOC, las compras de medicamentos de marca no estarán cubiertas por ningún nivel de beneficios.
28. Reemplazo de medicamentos u otros artículos que se hayan perdido, robado, destruido o extraviado.
29. Gastos de envío, manipulación o entrega.
30. Medicamentos de marca en una clase de medicamentos donde hay una alternativa de venta libre disponible.
31. Órdenes de prescripción escritas por un familiar inmediato, o una orden de prescripción autorecetada.
32. Medicamentos que cualquier persona que no sea el fabricante original reempaca.
33. Medicamentos determinados por HMO para tener una eficacia inferior o problemas de seguridad significativos.



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 médico. El “plan médico” se define a continuación.

Las reglas de esta sección rigen el orden en que cada plan médico, incluyendo este Plan, pagará un reclamo de beneficios. El proceso de pedido se llama “COB”.

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

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

(1) El plan médico incluye:

- pólizas de seguro médico 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; pólizas individuales de seguro de accidentes y salud;
- planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y grupales y planes de beneficios de proveedores exclusivos;
- contratos de seguro grupal, contratos de seguro individuales y contratos de Suscriptor que pagan o reembolsan el costo de la atención dental;
- componentes de atención médica de contratos de atención de largo plazo individuales y grupales;
- cobertura de beneficios limitados que no se emite para complementar las pólizas individuales o grupales vigentes;
- arreglos no asegurados de cobertura grupal o de tipo grupal;
- la cobertura de beneficios médicos en los contratos de seguro de automóviles; y



- Medicare u otros beneficios gubernamentales, según lo permita la ley.
- (2) El plan médico no incluye:
- cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
 - el Fondo de seguros médicos de Texas;
 - cobertura de seguro de compensación de los 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, incluyendo lesiones deportivas, ya sea las “24 horas” o “hacia y desde la escuela”;
 - beneficios proporcionados en contratos de seguro de atención de 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 compañía o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos aplicables 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 de seguro 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 médico separado. Si un plan médico tiene dos partes y las reglas de COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan médico 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 médicos. 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 médico. Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero antes que los de



cualquier otro plan médico sin considerar los beneficios de ningún otro plan médico. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan médico y puede reducir los beneficios que paga para que todos los beneficios del plan médico equivalgan al 100 por ciento del gasto total permitido.

(c) “Gasto permitido” es un gasto de atención médica, incluyendo los deducibles y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan médico que cubra al Miembro. Cuando un plan médico 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 médico 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 médicos dé cobertura para los gastos de la habitación de hospital privado.
- (2) Si un miembro está cubierto por dos o más planes médicos que no tienen tarifas negociadas y calculan sus pagos de beneficios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, las cantidades permitidas o la metodología de reembolso del programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad que exceda la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si un miembro está cubierto por dos o más planes médicos que dan beneficios o servicios sobre la base de tarifas negociadas, una cantidad que exceda la tarifa negociada más alta no es un gasto permitido.
- (4) Si un miembro está cubierto por un plan médico que no tiene tarifas negociadas y que calcula sus beneficios o servicios en función de las tarifas habituales y acostumbradas, las cantidades permitidas, la metodología de reembolso del programa de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, y otro plan médico que da sus beneficios o servicios en función de las tarifas negociadas, el acuerdo de pago del plan principal debe ser el gasto permitido para todos los planes médicos. 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 una cantidad 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) La cantidad de cualquier reducción de beneficios del plan principal porque un miembro no ha cumplido con las disposiciones del plan principal 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) “Cantidad permitida” es la cantidad de un cargo facturado que un plan médico determina que está cubierto por los servicios prestados por un proveedor de atención médica o médico no preferido. La cantidad permitida incluye tanto el pago del plan médico como las cantidades deducibles o copagos aplicables de los que el miembro es responsable.

(e) “Plan de panel cerrado” es un plan médico que da beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios mediante un panel de proveedores de atención médica y médicos que han contratado o son empleados del plan médico, y que excluye la cobertura de servicios proporcionados por otros proveedores de atención médica y médicos, excepto en casos de emergencia o remisión 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 bajo el 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 está cubierto por dos o más planes médicos, las reglas para determinar el orden de pago de los beneficios son las siguientes:

(a) El plan principal paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin tener en cuenta los beneficios de cualquier otro plan médico.

(b) Salvo lo dispuesto en (c), un plan médico que no contenga una disposición de COB que sea consistente con este Contrato es siempre primario a menos que las disposiciones de ambos planes médicos establezcan que el plan que cumple es primario.

(c) Cobertura que se obtiene según la pertenencia a un grupo que está diseñado para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y establece que esta cobertura complementaria debe ser superior a cualquier otra parte del plan médico proporcionado por el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas médicas importantes que se superponen a los beneficios hospitalarios y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se escriben en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.

(d) Un plan médico puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan médico



al calcular el pago de sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro plan médico.

- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuera el plan principal cuando una persona cubierta utiliza un proveedor de atención médica o médico no contratado, excepto para servicios de emergencia o referencias autorizadas que el plan primario paga o proporciona.
- (f) Cuando varios contratos que dan cobertura coordinada se tratan como un solo plan bajo esta sección, esta sección se aplica solo al plan médico en su conjunto, y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o proporciona beneficios bajo el plan médico, la aseguradora designada como primaria en el plan médico debe ser responsable del cumplimiento del plan médico con este subcapítulo.
- (g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, el orden de las reglas de determinación de beneficios de esta sección decide el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios en relación entre sí. Cada plan secundario debe tener en cuenta los beneficios del plan o planes primarios y los beneficios de cualquier otro plan médico que, según las reglas de esta sección, tenga sus beneficios determinados antes que los de ese plan secundario.
- (h) Cada plan médico determina su orden de beneficios utilizando la primera de las siguientes reglas que se aplican:
 - 1. No dependiente o dependiente. El plan médico que cubre al miembro que no sea como dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de contrato, Suscriptor o jubilado es el plan principal, y el plan médico que cubre al miembro como dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si el miembro es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan médico que cubre al miembro como dependiente y principal al plan que cubre al miembro como no dependiente, entonces el orden de los beneficios entre los dos planes médicos se invierte para que el plan médico que cubre al miembro como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado es el plan secundario y el otro plan médico es el plan principal. Un ejemplo incluye a un empleado jubilado.
 - 2. Hijo dependiente cubierto por más de un plan médico. A menos que haya una orden judicial que indique lo contrario, los planes médicos que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de los beneficios utilizando las siguientes reglas que se aplican:
 - A. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no: (A) El plan médico del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal; o (B) Si ambos padres tienen el mismo



cumpleaños, el plan médico que ha cubierto al padre por más tiempo es 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 establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el plan médico de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan médico es primario para los años del plan que comienzan después de que el plan médico recibe el aviso del decreto judicial;
 - ii. si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) determinan el orden de los beneficios;
 - iii. si una orden judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h)(2)(A) determinan el orden de los beneficios;
 - iv. Si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, la orden de beneficios para el niño es la siguiente: (I) el plan médico que cubre al padre con custodia; (II) el plan médico que cubre al cónyuge del padre con custodia; (III) el plan médico que cubre al padre sin custodia; luego (IV) el plan médico que cubre al cónyuge del padre sin custodia.
 - C. Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan médico de personas que no son los padres del niño, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) anteriores determinan el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
 - D. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo los planes médicos de uno o ambos padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan médico de un cónyuge, se aplica (h)(5).
 - E. En el caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan médico del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo los planes médicos de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.
3. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan médico que cubre a una persona como



empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado es el plan principal. El plan médico 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 médico que cubre a la misma persona que un empleado jubilado o despedido o como dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta regla y, como resultado, los planes médicos no están de acuerdo con el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si (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 bajo un derecho de continuación proporcionado por la ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro plan médico, el plan médico que cubre a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan principal, y la cobertura de continuación de COBRA, estatal u otra cobertura federal es el plan secundario. Si el otro plan médico no tiene esta regla y, como resultado, los planes médicos no están de acuerdo con el orden de los beneficios, esta regla no se aplica. Esta regla no se aplica si (h)(1) puede determinar el orden de los beneficios.
5. Mayor o menor duración de la cobertura. El plan médico que ha cubierto a la persona como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado por más tiempo es el plan principal, y el plan médico que ha cubierto a la persona por un período más corto es 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 médicos que cumplan la definición de plan médico. Además, este plan no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el plan principal.

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 médicos no sean más que los gastos totales permitidos. Al determinar la cantidad a pagar por cualquier reclamo, el plan secundario calculará los beneficios que habría pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido bajo su plan médico que no haya sido pagado por el plan primario. El plan secundario puede reducir su pago por la cantidad de modo que, cuando se combina con la cantidad pagada por el plan primario, los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los planes médicos para el reclamo sean iguales al 100 por ciento del gasto total permitido para ese reclamo. Además, el plan secundario debe acreditar a su plan deducible cualquier cantidad que hubiera acreditado a su deducible 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, incluyendo la prestación de servicios 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 médicos.

HMS, el contratista COB del plan, cumplirá 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 según este plan y otros planes médicos que cubran a la persona que reclama los beneficios.

Cada miembro que reclame beneficios bajo este plan debe proporcionar a HMS cualquier información que necesite para aplicar estas reglas y determinar los beneficios.

Facilidad de pago

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

Si lo hace, HMS puede pagar esa cantidad a la organización que hizo ese pago. Esa cantidad se tratará como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. HMS no tendrá que pagar esa cantidad nuevamente. El término “pago realizado” incluye la prestación de prestaciones en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de las prestaciones prestadas en forma de servicios.

Derecho de recuperación

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



FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

AVISO IMPORTANTE

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

Doble cobertura

Es habitual que los familiares estén cubiertos por más de un plan de atención médica. Esto sucede, por ejemplo, cuando un esposo y una esposa trabajan y eligen tener cobertura familiar mediante ambos empleadores.

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

COB es complicado y cubre una amplia variedad de circunstancias. Este es solo un resumen de algunos de los más habituales. Si no se describe su situación, lea su evidencia de cobertura o comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas.

¿Primaria o secundaria?

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 principal siempre paga primero cuando tiene un reclamo. Cualquier plan que no contenga las reglas COB de Texas siempre será primario a menos que las disposiciones de ambos planes establezcan que el plan que cumple es primario.

Cuando este plan es principal

Si usted o un familiar está cubierto por otro plan además de este, seremos principales cuando:

Sus propios gastos

- el reclamo 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

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



Los gastos de su hijo

- El reclamo es por los gastos de atención médica de su hijo que está cubierto por este plan y:
 - está casado y su cumpleaños es antes en el año que el de su cónyuge, o vive con otra persona, independientemente de si alguna vez ha estado casado con esa persona o no, y su cumpleaños es antes al cumpleaños 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 niño; o
 - no hay una orden judicial, pero usted tiene la custodia del niño.

Otras situaciones

Seremos los principales cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal nos obligue a serlo.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos primarios

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

Cuando este plan es secundario

Seremos secundarios siempre que las reglas no nos obliguen a ser primarios.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos secundarios

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

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

Podemos reducir nuestro pago en cualquier cantidad para que, cuando se combine con la cantidad pagado por el plan principal, los beneficios totales pagados sean iguales al 100 por ciento del gasto total permitido para su reclamo. Acreditaremos cualquier cantidad que hubiéramos pagado en ausencia de su otra cobertura de atención médica para el deducible de nuestro propio plan.



No pagaremos una cantidad que el plan principal no cubrió porque no siguió sus reglas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan ha reducido su beneficio porque no obtuvo la autorización previa necesaria por ese plan, no pagaremos la cantidad de la reducción, porque no es 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**



DISPOSICIONES GENERALES

Terminación de la cobertura

El grupo es responsable de los pagos de la prima desde el momento en que deja de ser elegible para la cobertura hasta el final del Mes del contrato en el que el grupo avisa a HMO que ya no está cubierto por el grupo y que no es elegible para la cobertura. El grupo está obligado a proporcionarle cobertura hasta el final del mes del contrato en el que HMO recibe el aviso de terminación.

Sujeto al párrafo anterior, la cobertura de cualquier miembro que deje de ser elegible según lo determinado en **QUIÉN RECIBE BENEFICIOS; la elegibilidad** terminará el último día del mes del contrato en el que el grupo avise a HMO que el miembro ya no es elegible para la cobertura y la elegibilidad termine a menos que el grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario. Este párrafo también se aplica a un Dependiente del suscriptor que perdió la elegibilidad, por cualquier motivo, incluyendo la muerte del Suscriptor.

Si esta EOC se cancela por falta de pago de la prima, su cobertura se cancelará a partir del último día del período de gracia. Solo los miembros para quienes HMO reciba realmente el pago estipulado tendrán derecho a los servicios médicos cubiertos según la presente y solo durante el mes del Contrato por el que se recibe dicho pago. Si no se recibe algún pago necesario antes de la fecha de vencimiento de la prima, se le cancelará al final del Período de gracia. Usted será responsable del costo de los servicios que se le presten durante el Período de gracia en caso de que el grupo no haga pagos de primas.

Su cobertura finaliza al finalizar el Acuerdo de grupo. El hecho de que el grupo no le avise la terminación de su cobertura debido a la terminación del Acuerdo de grupo no considerará la continuación de su cobertura más allá de la fecha en que finalice la cobertura.

Si se cancela su cobertura, los pagos de primas recibidos en su cuenta aplicables a los períodos posteriores a la fecha de inicio de la terminación se reembolsarán al grupo en los treinta (30) días, y ni HMO ni los proveedores participantes tendrán ninguna otra responsabilidad según esta EOC. Cualquier reclamo de reembolso del grupo debe hacerse en los sesenta (60) días a partir del día efectivo de terminación de su cobertura o, de lo contrario, dichos reclamos se considerarán renunciados.

Salvo que se indique expresamente a continuación y en otras partes de esta EOC y sujeto a las disposiciones de **la Continuación de la cobertura de COBRA, la Continuación de la cobertura estatal o la transferencia de residencia**, HMO puede cancelar la cobertura del grupo con sesenta (60) días de anticipación por escrito.

Terminación del grupo. HMO puede rescindir esta EOC para el grupo en el caso de:

Causa	Fecha de inicio de terminación
(1) Falta de pago de la prima	Al final del Período de gracia
(2) Fraude o tergiversación intencional de un hecho material del grupo	Después de treinta (30) días del aviso por escrito
(3) Incumplimiento del grupo de una disposición material de la HMO relacionada con cualquier	De acuerdo con la ley estatal aplicable



contribución del empleador o reglas de participación del grupo	
(4) Ningún miembro que resida o trabaje en el área de servicio	Después de treinta (30) días del aviso por escrito
(5) Terminación de la membresía del grupo en una asociación, pero solo si la cobertura se termina de manera uniforme sin tener en cuenta un factor relacionado con el estado médico de una persona cubierta	Después de treinta (30) días del aviso por escrito

Renovación de la cobertura del grupo. HMO renovará esta EOC con el grupo a menos que se haya cancelado según la **terminación de cobertura; terminación del grupo.**

No renovación de toda la cobertura del grupo

- HMO no puede renovar esta EOC si HMO elige no renovar todos los contratos de HMO emitidos a otros empleadores grandes o pequeños, según corresponda, en el área de servicio. HMO debe avisar al grupo de dicha no renovación al menos ciento ochenta (180) días antes de la fecha en que finaliza la cobertura para el grupo.
- HMO puede optar por suspender un tipo particular de cobertura para todos los empleadores grandes o pequeños solo si se avisa a cada empleador grande o pequeño, según corresponda, al menos noventa (90) días antes de la fecha en que finaliza la cobertura para el grupo. HMO debe ofrecer a cada empleador la opción de comprar otra cobertura que se ofrezca en el momento de la interrupción.

Terminación de miembros. HMO puede rescindir esta EOC para un miembro en el caso de:

Causa	Fecha de inicio de terminación
(1) Fraude o tergiversación intencional de un hecho material, excepto como se describe en Incontestabilidad de esta EOC	Después de treinta (30) días del aviso por escrito
(2) Fraude en el uso de servicios o instalaciones	Después de treinta (30) días del aviso por escrito
(3) No cumplir los requisitos de elegibilidad	Inmediatamente, sujeto a la continuación de la cobertura de COBRA, la continuación de la cobertura estatal o la transferencia

Renovación de la cobertura de los miembros. HMO renovará su EOC a menos que se haya cancelado según la **terminación de la cobertura; terminación de miembros.**



Cobertura de continuación de COBRA

COBRA es la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 modificada por la Ley de Reforma Tributaria de 1986. Esta Ley le permite a usted o a los dependientes cubiertos optar por continuar con su cobertura del grupo de la siguiente manera:

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

Tamaño mínimo del grupo. El grupo debe haber empleado normalmente a más de veinte (20) empleados en un día hábil típico durante el año calendario anterior. Esto se refiere al número de empleados; no el número de empleados cubiertos por un plan de beneficios médicos, e incluye empleados a tiempo completo y a tiempo parcial.

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

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

- divorcio;
- muerte del suscriptor;
- derecho del suscriptor a los beneficios de Medicare; o
- terminación del estado de hijo dependiente cubierto según **QUIÉN RECIBE BENEFICIOS; Elegibilidad** de este EOC.

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

- el último día de la cobertura continua, el período de dieciocho (18) meses o el período de treinta y seis (36) meses;
- el primer día en el que el pago oportuno de la prima no esté sujeto a la sección de la prima del Acuerdo del grupo;
- el primer día en que el Acuerdo del grupo entre el grupo y la HMO no esté en vigencia y efecto;
- el primer día en el que esté realmente cubierto por cualquier otro plan de beneficios médicos del grupo. En el caso de que tenga una condición preexistente y se le niegue la cobertura según el nuevo plan de beneficios médicos por una condición preexistente, la continuación de la cobertura no se cancelará hasta el último día del período de continuación, o la fecha en que la condición preexistente quede cubierta por el nuevo plan de beneficios médicos, lo que ocurra primero; o
- la fecha en que tiene derecho a Medicare.



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

En caso de que se determine que, en el significado de la Ley del Seguro Social, está discapacitado y avise al grupo antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, la continuación de la cobertura puede extenderse hasta once (11) meses adicionales por un total de veintinueve (29) meses. Esta disposición se limita a los miembros que estén discapacitados en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de continuación de la cobertura bajo la **Cobertura de continuación de COBRA** de esta EOC y solo cuando el evento calificado sea la reducción de horas o la terminación del miembro. Es posible que se le cobre una tarifa más alta por el período extendido.

Responsabilidad de avisar a los miembros los derechos de continuación. El grupo es responsable de proporcionar el aviso necesario a los miembros, en los sesenta (60) días a partir de la fecha del evento calificado de COBRA, según lo requerido por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y la Ley de Reforma Tributaria de 1986 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985).

Responsabilidad de pagar las primas a HMO. La cobertura durante el período de sesenta (60) días descrito anteriormente para inscribirse inicialmente se extenderá solo cuando el suscriptor o usted pague los cargos de prima aplicables adeudados en los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la presentación de la solicitud al grupo y el grupo a su vez la remita a HMO.

Las primas adeudadas a HMO por la continuación de la cobertura según esta sección se pagarán de acuerdo con los procedimientos de la sección prima del acuerdo de grupo y se calcularán de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales aplicables.

Para obtener información adicional sobre su cobertura de COBRA, consulte los derechos de continuación de la cobertura descritos con más detalle en el aviso de COBRA exigido por el gobierno federal que sigue a esta EOC.

Continuación de la cobertura estatal

Privilegio de continuación para ciertos dependientes. Un dependiente cubierto que haya sido miembro de HMO durante al menos un año o que sea un bebé menor de un año de edad puede ser elegible para continuar la cobertura bajo esta EOC si la cobertura terminara debido a:

- la muerte del suscriptor;
- la jubilación del suscriptor; o
- divorcio.

Debe avisar por escrito al grupo en los quince (15) días posteriores al evento de cualquiera de los anteriores para activar esta opción de continuación de cobertura. Al recibir este aviso por escrito, el grupo le enviará los formularios que deben usarse para inscribirse en esta continuación de la cobertura. Si no envía este formulario de inscripción completo al grupo en los sesenta (60) días posteriores al evento de cualquiera de los anteriores, perderá el derecho a esta continuación de la cobertura según esta sección. La cobertura



permanece vigente durante este período de sesenta (60) días, siempre que se paguen las primas y los cargos administrativos aplicables.

La continuación de la cobertura bajo esta sección terminará en lo que ocurra primero:

- el final del período de tres (3) años después de la fecha de fallecimiento o jubilación del Suscriptor;
- el final del período de tres (3) años después de la fecha del divorcio o separación legal;
- la fecha en que se vuelve elegible para una cobertura similar bajo cualquier cobertura sustancialmente similar bajo otro contrato de seguro médico, contrato de suscriptor de hospital o servicio médico, práctica médica u otro plan de beneficios médicos de prepago, o por cualquier otro programa; o
- el final del período por el que ha pagado las primas aplicables.

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

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

La continuación de la cobertura bajo esta sección terminará en lo que ocurra primero:

- la fecha en la que agota el período máximo de continuación que es:
 - a. si no es elegible para la continuación de la cobertura de COBRA, nueve meses después de la fecha de continuación de la cobertura estatal;
 - b. si está cubierto por la continuación de la cobertura de COBRA, seis meses más después de cualquier período de continuación de la cobertura de COBRA;
- la fecha en la que la falta de pagos puntuales terminaría la cobertura;
- la fecha en que la cobertura del grupo finaliza en su totalidad; o
- la fecha en la que está cubierto para beneficios similares por otro contrato de seguro de gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos o médicos mayores o contrato de suscriptor de hospital o servicio médico o práctica médica u otro plan de beneficios médicos de prepago o cualquier otro programa.

Traslado de residencia

En el área de servicio de HMO: Si el suscriptor cambia de residencia principal, debe hacerse un aviso a HMO en los treinta (30) días posteriores a dicho cambio.



Fuera del área de servicio de HMO: Si el suscriptor ya no reside o trabaja en el área de servicio, dicho cambio tendrá como resultado la pérdida de elegibilidad y el suscriptor debe avisar a HMO en los treinta (30) días posteriores a dicho cambio.

Reembolso - Actos de terceros

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

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

Asignación

El grupo no puede asignar esta EOC sin el consentimiento escrito de HMO. La cobertura y los beneficios bajo esta EOC no son asignables por ningún miembro sin el consentimiento por escrito de HMO.

Cancelación

Salvo que se disponga lo contrario en este documento, HMO no tendrá derecho a cancelar o rescindir ningún EOC emitido a ningún suscriptor mientras el acuerdo de grupo permanezca vigente y vigente, y mientras dicho suscriptor permanezca en la clase elegible de empleados del grupo, y las primas se paguen de acuerdo con los términos de esta EOC.

Error administrativo

Un error administrativo del grupo o HMO al mantener cualquier registro relacionado con la cobertura según la presente no invalidará la cobertura válidamente vigente ni continuará la cobertura que de otro modo se terminaría válidamente.

EOC completa

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



Fuerza mayor

En el caso de que, debido a circunstancias que no estén en el control comercialmente razonable de HMO, la prestación de servicios profesionales u hospitalarios proporcionados bajo esta EOC se retrase o se vuelva poco práctica, HMO hará un esfuerzo de buena fe para organizar un método alternativo de proporcionar cobertura. Estas circunstancias pueden incluir, entre otras, un desastre mayor, una epidemia, la destrucción total o parcial de las instalaciones, disturbios, insurrección civil, discapacidad de una parte significativa del personal de los Proveedores participantes o causas similares. En tal caso, los Proveedores participantes prestarán los servicios del hospital y profesionales previstos en la EOC en la medida de lo posible y de acuerdo con su mejor criterio; pero HMO y los Proveedores participantes no incurrirán en responsabilidad u obligación por demora, o falta de prestación u organización de servicios si dicha falla o demora es causada por tal evento.

Forma o contenido de la EOC

Ningún agente o empleado de HMO está autorizado a cambiar la forma o el contenido de esta EOC, excepto para hacer las inserciones necesarias y adecuadas en espacios en blanco. Los cambios solo se pueden hacer mediante un endoso autorizado y firmado por un funcionario de HMO. Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario autorizado de HMO, tiene autoridad para renunciar a cualquier condición o restricción de esta EOC, para extender el tiempo para hacer un pago o para obligar a HMO haciendo cualquier promesa o representación o dando o recibiendo información.

Género

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

Incontestabilidad

Todas las declaraciones hechas por Usted se consideran representaciones y no garantías. No se puede usar una declaración para anular, cancelar o no renovar su cobertura o reducir los beneficios a menos que esté en una solicitud de inscripción por escrito firmada por el suscriptor y se haya proporcionado una copia firmada de la solicitud de inscripción al suscriptor o al representante personal del suscriptor. La cobertura solo se puede impugnar debido a fraude o tergiversación intencional de hechos materiales en la solicitud de inscripción que no sea una tergiversación relacionada con el estado médico.

Interpretación de EOC

Las leyes del estado de Texas se aplicarán a las interpretaciones de esta EOC. Cuando corresponda, la interpretación de esta EOC se guiará por la naturaleza de servicio directo de las operaciones de HMO en lugar de un programa de seguro médico. Si la EOC contiene alguna disposición que no esté en conformidad con la Ley de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Texas u otras leyes aplicables, la EOC no se invalidará, sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera completamente la Ley de Organización para el Mantenimiento de la Salud de Texas y otras leyes aplicables.



Limitación de responsabilidad

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

Modificaciones

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

Aviso

Cualquier aviso según esta EOC puede darse por correo de los Estados Unidos, primera clase, franqueo prepago, dirigido de la siguiente manera:

- Si es a HMO, a la dirección en la página frontal de esta EOC.
- Si a usted, en la última dirección conocida por HMO.
- O electrónicamente si se trata de un acuerdo entre HMO y el Miembro.

Relación paciente/proveedor

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

Relación de las partes

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



Informes y registros

HMO tiene derecho a recibir de cualquier Proveedor de servicios a los miembros, la información razonablemente necesaria para administrar esta EOC, sujeto a todos los requisitos de confidencialidad aplicables que se describen a continuación. Al aceptar la cobertura bajo esta EOC, el suscriptor, para sí mismo y para todos los dependientes cubiertos según la presente, autoriza a todos y cada uno de los Proveedores que le prestan servicios según la presente a:

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

La información contenida en sus expedientes médicos y la información recibida de médicos, cirujanos, hospitales u otros profesionales de la salud relacionados con la relación médico-paciente o la relación hospital-paciente se mantendrá confidencial de acuerdo con la ley aplicable.

Subtítulos

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

Valor actuarial

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



844.282.3025, TTY 711

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

CHRISTUShealthplan.org