CHRISTUS® Health Plan

TEXAS HEALTH EXCHANGE

OFF-EXCHANGE

Evidencia de cobertura de 2027

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

- Anderson
- Aransas
- Bee
- Bowie
- Brooks
- Caldwell
- Camp
- 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 codigo postal: 78666

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

CHRISTUS Health Plan
CONTRATO Y EVIDENCIA DE COBERTURA

Texas Health Off-Exchange
Cobertura Individual y Familiar

Este plan de atención médica de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Elección de Beneficios del Consumidor, ya sea en su totalidad o en parte, no incluye los beneficios de salud exigidos por el estado que normalmente se requieren en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios médicos estándar puede darle 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.

ESTO 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 cual se pagaron las primas y** la fecha en que finaliza la cobertura del Miembro.

CHRISTUS HEALTH PLAN
5101 N. O'Connor Blvd.
Irving, TX 75039
Llamada sin costo: 1-844-282-3025
www.christushealthplan.org

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan

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

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

Este Contrato y Evidencia de cobertura ("Contrato") lo ofrece CHRISTUS Health Plan, Inc., una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con autorización de Texas. Este Contrato describe sus derechos y beneficios bajo este Contrato de Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) individual y familiar y CHRISTUS Health Plan. El Contrato incluye el *Programa de beneficios* y es un contrato legal entre usted, el miembro (denominado miembro, usted o su) y CHRISTUS Health Plan (denominado CHRISTUS Health Plan, nosotros, nuestro y nos). El *Programa de beneficios* son documentos separados que se incluyen en su paquete de bienvenida.

A lo largo de este Contrato, consulte su *Programa de beneficios* que proporciona este Contrato, que muestra algunos beneficios cubiertos específicos que proporciona este Contrato, las cantidades específicas que puede tener que pagar (costos compartidos) y ciertas limitaciones y exclusiones de cobertura. El *Programa de beneficios* es parte de este Contrato y, en conjunto, el Contrato y el *Programa de beneficios* proporcionan una descripción completa de los beneficios, exclusiones y condiciones que cubre el plan.

AVISO IMPORTANTE

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

Este Contrato proporciona información importante sobre:

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

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

NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES

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

Índice

BIENVENIDO A CHRISTUS Health Plan 2
AVISO IMPORTANTE 2
NÚMEROS DE TELÉFONO Y DIRECCIONES IMPORTANTES 3
DEFINICIONES 5
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 20
AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO 20
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN 24
CÓMO FUNCIONA SU PLAN 31
SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS 35
CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA 37
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA 43
BENEFICIOS CUBIERTOS 48
EXCLUSIONES 108
RECLAMACIONES 114
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS 117
FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR SOBRE LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 124
PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES 126
PAGO DE LA PRIMA 132
DISPOSICIONES GENERALES 133
MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO 138

DEFINICIONES

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

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

Agencia de atención médica en casa significa una agencia u organización que:

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

Agencia de Salud en el Hogar no significa ningún otro servicio o agencia similar que no cumpla esta definición, incluso si el servicio o agencia cumple algunos de los requisitos anteriores o proporciona algunos o todos los servicios que puede proporcionar una Agencia de Salud en el Hogar.

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

Aparatos ortopédicos/dispositivos/órtesis significa un dispositivo de soporte rígido o semirrígido individualizado construido y ajustado por un técnico ortopédico con autorización que apoya o elimina el movimiento de una parte del cuerpo débil o enferma.

Apelación significa el proceso formal mediante el cual usted, una persona que actúa en su nombre o su proveedor de registro puede solicitar la reconsideración de una determinación adversa.

Asegurado principal se refiere a una persona que es el titular del contrato y es responsable del pago de las primas a CHRISTUS Health Plan.

Asistente médico es una persona que se ha graduado de un programa de asistente médico o cirujano asistente reconocido a nivel nacional; o que actualmente esté certificado por la comisión nacional de asistentes médicos. Un asistente médico debe tener licencia para ejercer la medicina bajo la supervisión de un médico con autorización en el estado en el que ejerce.

Atención administrada significa un sistema o técnicas que utilizan generalmente terceros pagadores o agentes para afectar el acceso y controlar el pago de los servicios de atención médica. Las técnicas de atención administrada suelen incluir uno o más de los siguientes:

- Revisión previa, concurrente y retrospectiva de la necesidad médica y la idoneidad de los servicios o el sitio de los servicios;
- Contratos con proveedores de atención médica seleccionados;

- Incentivos o desincentivos económicos para que los inscritos usen proveedores, servicios o sitios de servicio específicos;
- Acceso controlado y coordinación de servicios de un administrador de casos; y
- Esfuerzos del pagador para identificar alternativas de tratamiento y modificar las restricciones de beneficios para la atención al paciente de alto costo.

Atención de urgencia significa servicios de atención médica médicamente necesarios proporcionados en emergencias o después del horario comercial normal de un proveedor de atención primaria para condiciones imprevistas debido a enfermedades o lesiones que no ponen en peligro la vida, pero que necesitan atención médica inmediata.

Beneficio cubierto o servicios cubiertos significa un beneficio o servicio realizado por o en nombre de un miembro para aquellos servicios o suministros que son:
- Administrado u ordenado por un médico u otro proveedor calificado;
- Médicamente necesario para el diagnóstico y tratamiento de una lesión o enfermedad;
- No excluido por ninguna disposición del Contrato; y
- Hecho mientras la cobertura del miembro esté vigente según el Contrato.

Se considera que tuvo un servicio cubierto en la fecha en que se prestó u obtuvo dicho servicio o suministro que dio lugar al gasto o cargo.

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

Centro de atención médica significa cualquier centro que preste servicios de atención médica, incluyendo un hospital, una clínica de emergencia, una clínica ambulatoria u otro centro que brinde servicios de atención médica.

Centro de enfermería especializada significa un lugar que:
- Funciona legalmente como un centro de enfermería especializada;
- Se dedica principalmente a proporcionar, además de dar alojamiento y comida, atención de enfermería especializada bajo la supervisión de un médico;
- Presta un servicio continuo de enfermería las veinticuatro (24) horas del día por o bajo la supervisión de un enfermero práctico con autorización;
- Mantiene un registro médico diario de cada paciente; y
- Da servicios de rehabilitación, como fisioterapia, terapia ocupacional y del habla, y puede dar otros servicios multidisciplinarios, como terapia respiratoria, servicios de dietista/ nutrición y trabajo social médico.

Centro de tratamiento residencial significa un centro de nivel no agudo que está acreditada y proporciona alojamiento durante la noche que monitorea el personal médico, tiene un programa de tratamiento estructurado y tiene personal disponible las veinticuatro (24) horas del día.

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

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

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

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

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

Comisionado significa el Comisionado de Seguros de Texas.

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

Cuidado de compañía significa cualquier servicio principalmente para la comodidad o conveniencia personal que da mantenimiento general, atención preventiva o de protección sin ninguna probabilidad clínica de mejora de la condición de un miembro. El cuidado de compañía también significa aquellos servicios que no necesiten las habilidades técnicas, la capacitación profesional ni la capacidad de evaluación clínica del personal médico o de enfermería para que se hagan de manera segura y efectiva. Estos servicios los pueden proporcionar de manera segura el personal no profesional capacitado o capaz y son para ayudar con las necesidades médicas de rutina (por ejemplo, cuidados y vendajes simples, administración de medicamentos de rutina, etc.) y las actividades de la vida diaria (por ejemplo, bañarse, comer, vestirse, etc.).

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

Departamento significa el Departamento de Seguros (Department of Insurance) de Texas.

Determinación adversa significa cualquier determinación de que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para usted no son médicamente necesarios o apropiados o son experimentales o de investigación. La determinación adversa no significa una denegación de servicios de atención médica debido a la falta de solicitud de revisión de utilización prospectiva o concurrente.

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

El área de servicio es el área geográfica para la que CHRISTUS Health Plan está autorizado por ley. El mapa del área de servicio de CHRISTUS Health Plan se proporciona en este folleto.

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

El Centro de atención terciaria es una unidad hospitalaria que da atención especializada a pacientes de alto riesgo. El centro proporciona y coordina sistemas de transporte, comunicación, educación y análisis de datos para el área geográfica a la que sirve.

El centro de enfermería especializada no incluye ningún centro que sea principalmente una residencia de adultos mayores, un centro para el cuidado de adultos mayores o para el tratamiento de abuso de drogas, trastornos mentales, tuberculosis o para cuidados intermedios, educativos o de compañía.

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

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

El director médico es un médico que se desempeña para administrar la prestación de servicios de atención médica a nuestros miembros.

El enfermero autorizado es una persona que ha recibido capacitación especializada en enfermería, está autorizada para usar la designación de (R.N.) y que está debidamente autorizada por el estado o la agencia reguladora responsable de dicha autorización en el estado en el que la persona presta dichos servicios de enfermería.

El hospital para pacientes ambulatorios es un lugar para recibir servicios cubiertos mientras no es un paciente hospitalizado. Los servicios considerados ambulatorios incluyen, entre otros, servicios en una sala de emergencias, independientemente de si posteriormente ingresa como paciente hospitalizado en un hospital.

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

El miembro es un individuo:

- Quién cumple cada uno de los requisitos de inscripción y elegibilidad descritos en este Contrato;
- Que se ha inscrito correctamente en la cobertura con nosotros; y
- Para quienes hemos recibido cualquier prima requerida para la cobertura inscrita.

El obstetra/ginecólogo (OB/GYN) es un médico que es elegible o certificado por la Junta Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, o por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos Osteopáticos.

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

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

El trastorno del comportamiento es una discapacidad caracterizada por comportamientos mostrados de suficiente duración, frecuencia e intensidad durante un largo período de tiempo que se desvía significativamente de las normas socialmente aceptables para la edad y la situación de una persona.

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

Enfermedad significa una enfermedad o dolencia, incluidas todas las condiciones y sucesos relacionados, que necesiten servicios de atención médica.

Enfermedad/trastorno mental es cualquier condición listada en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV o edición actual) o en la sección de Trastornos mentales de la Clasificación internacional de enfermedades.

Enfermera práctica autorizada (LPN) significa una persona que recibió capacitación especializada en enfermería y experiencia práctica en enfermería y está debidamente autorizada para hacer servicios de enfermería por el estado o la agencia reguladora responsable de dicha licencia en el estado en el que esa persona realiza dicho servicio.

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

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

Errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM) significa un trastorno hereditario raro que está presente al nacer y resulta en la muerte o retraso mental si no se trata y necesite el consumo de alimentos médicos especiales.

Especialista es un médico que proporciona servicios cubiertos para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Los ejemplos incluyen internistas que atienden enfermedades de los órganos internos en adultos; oncólogos que atienden pacientes con cáncer; cardiólogos que atienden pacientes con condiciones del corazón; ortopedistas que atienden pacientes con ciertas condiciones de los huesos, articulaciones o músculos y psiquiatras que atienden miembros con trastornos de conducta o enfermedades/trastornos mentales.

Estándares uniformes significa todas las directrices de práctica generalmente aceptadas, directrices de práctica basadas en evidencia o directrices de práctica desarrolladas por el gobierno federal o sociedades, juntas y asociaciones médicas nacionales y profesionales, y cualquier criterio de revisión clínica, políticas, directrices de práctica o protocolos de revisión clínica aplicables desarrollados por el plan de atención médica de acuerdo con las directrices de práctica federales, nacionales y profesionales que utiliza un plan de atención médica para determinar si certificar o denegar un servicio de atención médica solicitado.

Experimental o en investigación significa un tratamiento, servicio o dispositivo de atención médica para el cual existe evidencia científica o clínica temprana en desarrollo que demuestra la eficacia potencial del tratamiento, servicio o dispositivo, pero que aún no es ampliamente aceptado como el estándar de atención prevaleciente.

HHS significa el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services).

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

- Da servicio de enfermería las veinticuatro (24) horas por enfermeras registradas con autorización (RN);
- Principalmente da atención diagnóstica y terapéutica bajo la supervisión de médicos mientras está internado; y
- Mantiene instalaciones quirúrgicas permanentes o tiene un acuerdo con otro centro quirúrgico supervisado por un personal de uno o más médicos.

El hospital también incluye ciertas instituciones financiadas con impuestos, que pueden no estar obligadas a mantener las instalaciones quirúrgicas. Hospital no significa balnearios, hogares de reposo, hogares de ancianos, centros de enfermería especializada, hogares de convalecencia, hogares de custodia de ancianos o instituciones similares.

Individuo calificado significa una persona que se ha determinado que es elegible para inscribirse en un plan de salud calificado.

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

La ambulancia es un vehículo que tiene licencia únicamente como ambulancia del organismo regulador local para proporcionar transporte de emergencia a un hospital o transporte de un hospital a otro centro de atención médica para aquellas personas que no pueden viajar para recibir atención médica por ningún otro medio o el hospital no puede dar la atención necesaria. Los cargos de ambulancia aérea se pagan solo por el transporte desde el lugar de una emergencia hasta el hospital más cercano que esté equipado para tratar la cantidad en lugar del servicio de ambulancia local.

La atención de emergencia o los servicios de atención de emergencia son servicios de atención médica proporcionados en un centro de emergencia hospitalario, un centro de atención médica de emergencia independiente o un centro de emergencia comparable para evaluar y estabilizar las condiciones médicas de emergencia.

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

La atención de seguimiento es el contacto o el reexamen de un paciente a intervalos prescritos después del diagnóstico o durante un curso de tratamiento.

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

La biorretroalimentación significa terapia que proporciona evidencia visual, auditiva o de otro tipo del estado de ciertas funciones corporales para que una persona pueda ejercer un control voluntario sobre las funciones y, por lo tanto, aliviar una condición corporal anormal.

La compensación de los trabajadores se refiere al plan de compensación de los trabajadores de cualquiera de los cincuenta (50) estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes; y los sistemas previstos en la Ley de Compensación de Empleados Federales y la Ley de Compensación de Estibadores y Trabajadores Portuarios; y cualquier otra compensación laboral federal, estatal, del condado o municipal; enfermedades ocupacionales u otras leyes de responsabilidad del empleador; u otra legislación de propósito o intención similar.

La condición es un grupo de diagnósticos relacionados que se ocupan del mismo órgano, sistema o proceso de enfermedad.

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

La enfermedad urgente es una enfermedad que no pone en peligro la vida y necesita atención médica inmediata. Algunos ejemplos de situaciones urgentes son los esguinces; fiebre creciente a pesar de haber tomado medicamentos; nuevo dolor de oído; un ataque de asma en el que los medicamentos no ayudan; una mordedura de animal; un objeto en el ojo o infección ocular; un corte que puede necesitar puntos de sutura; un niño con vómitos o diarrea severos; un posible hueso roto; dificultad para respirar; dolor de garganta; síntomas de gripe; una infección de las vías urinarias; o una migraña en la que los medicamentos no alivian el dolor.

La enfermera partera certificada es cualquier persona que tenga licencia de la junta de enfermería como enfermera registrada y que tenga licencia del Departamento de Salud de Texas como enfermera partera certificada.

La enfermera practicante certificada es una enfermera registrada respaldada por la Junta de Enfermería para la práctica ampliada como enfermera practicante certificada. El nombre de una enfermera practicante certificada y la información pertinente se ingresan en la lista de enfermeras practicantes certificadas mantenida por la Junta de Enfermería de Texas.

La fecha de inicio es a las 12:01 a. m. de la fecha en que comienza la cobertura del miembro.

La fecha de terminación es 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.

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

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

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) es una lista de productos farmacéuticos cubiertos seleccionados por nosotros en consulta con un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se cree que son una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Puede obtener su *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* llamando al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación.

La revisión de utilización o administración de utilización es el proceso de revisar y administrar las condiciones médicas de un miembro para que el miembro reciba la atención adecuada, del proveedor adecuado, en el momento adecuado. Este proceso maximiza los beneficios y garantiza una atención médica de calidad.

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

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

La terapia del habla es el tratamiento y los ejercicios para tratar los trastornos de la voz, el habla y la deglución debido a una enfermedad o lesión diagnosticada proporcionada por un proveedor calificado.

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

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

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

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

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

Los servicios ambulatorios son servicios de atención médica prestados en el consultorio de un proveedor, clínica, centro médico o centro quirúrgico ambulatorio en el que la estadía del paciente no es superior a veinticuatro (24) horas.

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

Mamografía de evaluación, o "mamografía de dosis baja", significa el examen de rayos X de la mama usando un equipo dedicado específicamente para la mamografía, que incluye un tubo de rayos X, un filtro, un dispositivo de compresión, pantallas, películas y casetes, con una administración promedio de exposición a la radiación de menos de una radiación en la mitad de la mama, con dos vistas para cada mama.

Mamografía y otros diagnóstico 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Médico es uno de los siguientes:

- Un médico en medicina, operación u osteopatía;
- Un médico en podología o un médico en quiropráctica; o
- Cualquier otro proveedor con autorización que deba ser reconocido como médico por la ley estatal y actúe en el alcance de su licencia para tratar una enfermedad o lesión.

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

Operación bariátrica significa operación que modifica el tracto gastrointestinal con el propósito de disminuir el consumo de calorías y, por lo tanto, disminuir el peso.

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

Organización de Revisión Independiente (IRO) significa una entidad certificada por el comisionado para hacer revisiones. Por ley, una IRO no debe estar afiliada a la HMO que ha denegado una solicitud de autorización para el tratamiento propuesto. Las IRO realizan una revisión administrativa de la necesidad médica y la apropiación de los servicios de atención médica que se dan o se propone dar a un residente de Texas que se les ha negado dos veces por no ser médicamente necesarios o no apropiados.

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

Ortesis a medida significa una órtesis que se fabrica individualmente para un paciente específico comenzando con los materiales básicos que incluyen, entre otros, plástico, metal, cuero o tela en forma de sábanas, barras, etc. Implica un trabajo sustancial como cortar, doblar, moldear, coser, etc. Puede implicar la incorporación de algunos componentes prefabricados. Implica más que recortar, doblar o hacer otras modificaciones a un artículo sustancialmente prefabricado.

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

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

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

Plan de salud calificado o QHP significa cobertura de atención médica que se ha determinado que cumple con los requisitos de las leyes estatales y federales.

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

Por apoyo nutricional se entiende la administración de preparados sólidos, en polvo o líquidos por vía oral o por sonda enteral. Se cubre solo cuando se necesita alimentación enteral por sonda.

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

Profesional de la salud significa un médico u otro profesional de la salud, incluyendo un farmacéutico, que tiene licencia, certificación o autorización del estado para prestar servicios de atención médica de acuerdo con la ley estatal.

Programa de cuidados de hospicio significa una organización debidamente autorizada para prestar servicios del programa de cuidados de hospicio. Un hospicio aprobado debe tener licencia cuando sea necesario, estar certificado por Medicare como hospicio o acreditado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (JCAHO) como hospicio.

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

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

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

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

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

Queja significa cualquier insatisfacción expresada verbalmente o por escrito por un reclamante a una organización para el mantenimiento de la salud con respecto a cualquier aspecto de las operaciones de dicha organización.

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

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

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

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

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

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

Servicios de atención médica significa, en la medida en que lo ofrezca el plan, servicios, suministros y procedimientos para el diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una condición, enfermedad, lesión o dolencia, e incluye, en la medida en que lo ofrezca el plan de beneficios médicos, servicios de salud física y mental, incluyendo los servicios de salud mental basados en la comunidad y servicios para discapacidades del desarrollo o retrasos en el desarrollo.

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

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

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

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

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

Subluxación significa desalineación, demostrable por radiografías o examen quiropráctico, que produce dolor y se puede corregir mediante manipulación manual.

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

Teleodontología significa un servicio de atención médica prestado por un dentista, o por un profesional de atención médica que actúa bajo la delegación y supervisión de un dentista, dentro del alcance de la licencia o certificación del dentista o del profesional de atención médica, a un paciente que está en un lugar físico diferente al del dentista o profesional de atención médica, mediante telecomunicaciones o tecnología de la información.

Telesalud significa un servicio, que no sea un servicio médico de telemedicina o un servicio dental de teleodontología, prestado por un profesional de la salud, con autorización, certificado o con derecho a ejercer en Texas y que actúe en el alcance de la licencia, certificación o derecho del profesional de la salud a un paciente en una ubicación física diferente a la del profesional de la salud que utiliza telecomunicaciones o tecnología de la información.

Terapia ocupacional significa actividad terapéutica constructiva diseñada y adaptada para promover la restauración de la función física útil y mejorar la capacidad funcional de un miembro para hacer actividades de la vida diaria.

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

Terminación de la cobertura significa la cancelación o no renovación de la cobertura proporcionada por un plan de atención médica a un agraviado, pero no incluye una terminación voluntaria de un agraviado o la terminación de un plan de beneficios médicos que no contiene una disposición de renovación.

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

Usted, su y los suyos se refiere al miembro.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

CHRISTUS Health Plan quiere darle beneficios de atención médica de alta calidad. Como miembro de CHRISTUS Health Plan (Plan), usted tiene derechos. También tiene algunas responsabilidades. Es importante que comprenda bien sus derechos y sus responsabilidades según este Contrato. Esta sección explica sus derechos y responsabilidades según este Contrato.

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 tienen un contrato con su plan médico se 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 las emergencias, los casos en que usted no eligió al médico y los servicios de ambulancia.

La red de su plan
Su plan médico debe tener suficientes médicos y centros en su red para prestar 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 dentro 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 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.

Puedes consultar el directorio en línea en www.christushealthplan.org o llamando al 844-856-0826.

Si usó el directorio de su plan médico para elegir un proveedor de atención médica dentro de 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 usted estaba en un centro dentro de la red, y usted no eligió al médico, no tendrá que pagar más que su copago y porcentaje de copago 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.

Derechos de los miembros

Como miembro del Plan, tiene derecho a:

- Servicios disponibles y accesibles para servicios médicamente necesarios y cubiertos, incluyendo las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana para servicios de atención de urgencia o emergencia, y para otros servicios de atención médica según se define en este Contrato o en el *Programa de beneficios*.
- Que lo traten de manera rápida, cortés y responsable y que se respete su dignidad y privacidad.
- Obtener información detallada sobre su cobertura, beneficios y servicios ofrecidos según este Contrato. Eso incluye cualquier exclusión de condiciones, dolencias o trastornos específicos, incluyendo los beneficios de medicamentos con receta restringidos, las políticas y procedimientos del plan con respecto a productos, servicios, procedimientos de apelación de proveedores y otra información sobre el plan y los beneficios que le damos. Eso también incluye acceso a una lista actualizada de proveedores participantes en la red del Plan; información sobre la educación, capacitación y práctica de un proveedor participante en particular; y los derechos y responsabilidades de los miembros, y el derecho a hacer recomendaciones sobre nuestras políticas de derechos y responsabilidades de los miembros.
- Recibir atención médica asequible, incluyendo información sobre sus gastos de bolsillo; limitaciones; el derecho a buscar atención de un proveedor no participante; y una explicación de su responsabilidad económica cuando los servicios los presta un proveedor no participante o sin autorización previa.
- Elegir un proveedor de atención primaria en los límites de los servicios cubiertos, la red del plan y según lo dispuesto por el Contrato, incluyendo el derecho a rechazar la atención de profesionales de atención médica específicos. Además, tiene derecho a participar con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica.
- Que su proveedor participante le dé una explicación de su condición médica, el tratamiento recomendado, los riesgos del tratamiento, los resultados esperados y las alternativas médicas razonables en términos que usted comprenda. Si no puede comprender la información, se deberá dar una explicación a su familiar más cercano, tutor u otra persona autorizada. Esta información se documentará en su expediente médico.
- Todos los derechos que le da la ley, las normas o las reglamentaciones como paciente en un centro de atención médica autorizado, incluyendo el derecho a que su proveedor participante le informe de su tratamiento en términos que usted comprenda; solicitar su consentimiento (acuerdo) para el tratamiento; rechazar el tratamiento, incluyendo los medicamentos; y a que se le informe de las posibles consecuencias de rechazar dicho tratamiento. Este derecho existe incluso si el tratamiento no es un beneficio cubierto o médicamente necesario según el Plan. El derecho a que usted, su familiar cercano, tutor u otra persona autorizada dé su consentimiento o acepte el tratamiento podría no ser posible en una emergencia en la que su vida y su salud estén en grave peligro.
- Expresar quejas o apelaciones ante el plan o el Comisionado de Seguros (Comisionado) sobre el plan o la cobertura que damos. Usted, como miembro, también tiene derecho a recibir una respuesta en un tiempo razonable y según la ley existente y sin temor a represalias.

- Que le avisen de inmediato sobre la terminación o los cambios en los beneficios, servicios o la red de proveedores.
- El manejo confidencial de todas las comunicaciones, incluyendo la información médica y económica que el Plan mantiene. Nosotros y nuestros proveedores mantendremos la privacidad de sus registros médicos y económicos según la ley existente.
- Recibir una explicación completa de por qué se niega un beneficio, la oportunidad de apelar la decisión de denegación, a nuestra revisión interna y el derecho a solicitar ayuda del Comisionado.
- Conocer, previa solicitud, cualquier acuerdo o disposición económica entre el plan y nuestros proveedores participantes, que pueda restringir las remisiones u opciones de tratamiento o limitar los servicios que se le ofrecen.
- Elegir profesionales de atención médica calificados para los tratamientos y servicios cubiertos cerca de donde vive o trabaja en el área de servicio del Plan.
- Recibir información sobre cómo se autorizan o rechazan los beneficios. Tiene derecho a saber cómo se evalúan las nuevas tecnologías para los beneficios cubiertos. También puede pedir y recibir información sobre cómo el plan garantiza la calidad de los servicios y cómo revisa los servicios solicitados.
- Recibir información detallada sobre todos los requisitos que debe seguir para la autorización previa y para la revisión de los servicios.

Responsabilidades de los miembros

Como miembro del Plan, usted tiene la responsabilidad de:

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

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

Comunicación electrónica
Con su consentimiento, podemos enviarle comunicaciones por escrito por medios electrónicos. Antes de dar su consentimiento, le avisaremos que es posible que reciba material o comunicaciones en papel o en formato no electrónico y le explicaremos cómo solicitar esa información. Puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Su consentimiento nos indicará si solo quiere que una transacción específica se envíe electrónicamente o si hay categorías específicas de información que quisiera recibir electrónicamente.

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

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Elegibilidad
Tomamos decisiones de elegibilidad a partir de la solicitud que envía. Usted es responsable de informarnos sobre cualquier cambio que pueda cambiar su elegibilidad. Ejemplos de cambios son la adopción, el nacimiento, la adición de otro dependiente o el divorcio. Para ser elegible para los beneficios cubiertos con este Contrato, debe estar inscrito como Miembro. Un miembro es la persona que ha solicitado cobertura en su nombre y en el de sus dependientes, y a quien se le ha emitido este Contrato.

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

- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos;
- Debe residir, vivir o trabajar en el área de servicio de CHRISTUS Health Plan y la residencia legal de cualquier dependiente inscrito debe ser la misma que la del suscriptor, o debe ser:
    - 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, o tener más de sesenta y cinco (65) años y ser elegible para la Parte A sin prima, pero no está cobrando beneficios del Seguro Social y no se ha inscrito en la Parte A o la Parte B.

Para agregar un recién nacido y otros dependientes a su Plan, debe completar un formulario de inscripción para el dependiente y enviárnoslo. Debe avisarnos en cualquier momento antes del nacimiento de un hijo o, para dependientes que no sean recién nacidos, en el plazo de treinta y un (31) días después del nacimiento u otro acontecimiento que califique, si quiere agregarlos como dependientes, y pagar cualquier prima requerida para continuar la cobertura. No excluiremos ni limitaremos la cobertura para un hijo recién nacido del suscriptor o del cónyuge del suscriptor; Los defectos congénitos se tratarán de la misma manera que cualquier otra enfermedad o lesión para la que se proporcione cobertura. Su hijo recién nacido puede recibir servicios de proveedores no participantes si el recién nacido nace fuera del área de servicio debido a una emergencia, o nace en un centro no participante de una madre que no tiene cobertura. Podemos requerir que el recién nacido se transfiera a un centro participante a nuestro cargo y, si corresponde, a un proveedor participante cuando dicha transferencia sea médicamente apropiada.

Independientemente de cualquier requisito de aviso o elegibilidad para la inscripción, un hijo recién nacido del asegurado principal o del cónyuge del asegurado principal tiene derecho a cobertura conforme a este plan desde la fecha de nacimiento y durante los primeros sesenta (60) días después del nacimiento.

El asegurado principal debe avisar a CHRISTUS Health Plan sobre el nacimiento del recién nacido y completar cualquier proceso de inscripción requerido, incluido el pago de cualquier prima adicional aplicable, en el plazo de sesenta (60) días después de la fecha de nacimiento para que la cobertura continúe después del período inicial de sesenta (60) días.

Si se reciben el aviso y cualquier prima requerida en el plazo de sesenta (60) días después de la fecha de nacimiento, la cobertura del recién nacido continuará sin interrupción. Si el aviso o la prima requerida no se reciben dentro de ese plazo, la cobertura del recién nacido terminará el sexagésimo primer (61.er) día después del nacimiento, según lo permita la ley aplicable de Texas.

Para calificar, los nietos deben ser:

- Solteros;
- Menores de veinticinco (25) años de edad; y
- Un dependiente para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento de la solicitud de cobertura.

La cobertura para un nieto no puede cancelarse únicamente porque el nieto ya no es dependiente para los fines del impuesto sobre la renta.

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

- Ser dependiente de una persona calificada elegible para cobertura bajo la ley de Texas; Y
- Estar inscrito al mismo tiempo que el miembro; O
- Estar inscrito en los treinta y un (31) días posteriores a un Evento calificado como se describe en el Período de inscripción especial para dependientes.
    - El plazo de inscripción de treinta y un (31) días descrito arriba no se aplica a los recién nacidos. La inscripción y cobertura de los recién nacidos se rigen por las disposiciones sobre recién nacidos de esta Evidencia de cobertura, de acuerdo con la ley aplicable de Texas.

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

- un hijo natural;
- un hijastro, hijo legal o adoptivo, incluyendo los hijos que han sido objeto de una demanda de adopción del miembro o del cónyuge o pareja de hecho de los miembros; o
- un hijo del que el miembro o el cónyuge o pareja de hecho del miembro son el tutor legal.

A menos que se apliquen circunstancias especiales, la cobertura de dichos dependientes se limita a los menores de veintiséis (26) años. Los dependientes mayores de veintiséis (26) años pueden calificar para la cobertura continua de dependientes si el dependiente es incapaz de mantener un empleo autosuficiente debido a una discapacidad mental o física, y que depende principalmente del suscriptor para su manutención y mantenimiento. Debe presentarnos prueba de la

discapacidad y dependencia mental o física del niño en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el niño deja de calificar como dependiente. Una vez al año, es posible que solicitemos prueba de la continuación de la discapacidad y dependencia del niño.

Cualquier niño para el que sea el tutor legal permanente debe recibir manutención según una orden judicial que se le imponga (como una Orden médica calificada de manutención de menores). Proporcionaremos cobertura a los hijos dependientes según sea necesario debido a una orden médica calificada de manutención infantil de acuerdo con las leyes o reglamentaciones federales o estatales aplicables. Estos dependientes no están sujetos a las restricciones de la temporada de inscripción. Los niños sujetos a una orden médica calificada de manutención infantil también son elegibles para beneficios dentales bajo este contrato.

Los derechos de los padres con custodia
Si un hijo dependiente tiene cobertura bajo un padre sin custodia, o un padre que no tiene la custodia principal del niño, proporcionaremos información al padre con custodia, según sea necesario, para que el niño obtenga beneficios; permitir que el padre con custodia o el proveedor presenten reclamos por servicios cubiertos sin la aprobación del padre sin custodia; y hacer pagos de reclamos presentados de acuerdo con la ley de Texas directamente al padre con custodia, al proveedor o a la agencia estatal de Medicaid.

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

Inscripción
La inscripción en línea está disponible en http://www.christushealthplan.org/

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

Inscripción especial y limitada para personas calificadas
Una persona calificada tiene sesenta (60) días para inscribirse como resultado de uno de los siguientes eventos:

- Una persona calificada o dependiente sufre una pérdida de cobertura esencial mínima;
- Una persona calificada obtiene un dependiente o se convierte en dependiente mediante el matrimonio, nacimiento, adopción, colocación en adopción, colocación en cuidado de crianza o mediante una orden de manutención infantil u otra orden judicial;
- Un individuo, que anteriormente no era ciudadano, nacional o individuo legalmente presente obtiene dicho estatus;

- La inscripción o no inscripción de una persona calificada en un plan médico calificado es involuntaria, inadvertida o errónea y es el resultado del error, tergiversación o inacción de un funcionario, empleado o agente del HHS, o sus instrumentalidades según lo evaluado y determinado por nosotros. En tales casos, podemos tomar las medidas que sean necesarias para corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación o inacción;
- Una persona calificada o inscrita obtiene acceso a un nuevo plan médico calificado como resultado de una mudanza permanente;
- Eventos calificados según se define en la sección 603 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, según enmendada;
- Una persona calificada o inscrita nos demuestra, de acuerdo con las directrices emitidas por el HHS, que la persona cumple otras circunstancias excepcionales que podamos proporcionar.
- Una persona calificada es aquella que, en caso de matrimonio, debe demostrar que al menos uno de los cónyuges tiene cobertura esencial mínima.
- Una persona calificada o inscrita es víctima de abuso doméstico o abandono conyugal; incluyendo a una víctima dependiente o soltera en un hogar, está inscrito en una cobertura esencial mínima y busca inscribirse en una cobertura separada del perpetrador del abuso o abandono.
- Una persona calificada o inscrita solicita cobertura en el Mercado durante el período anual de inscripción abierta o debido a un acontecimiento que califique, el Mercado determina que podría ser elegible para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), y la agencia estatal de Medicaid o CHIP determina que no es elegible para Medicaid o CHIP después de que haya terminado la inscripción abierta o más de sesenta (60) días después del acontecimiento que califique.

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

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de separación legal, divorcio, cese de la condición de dependiente (como alcanzar la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente según el Plan), muerte de un empleado, terminación del empleo, reducción en la cantidad de horas de empleo y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura después de un período que se mide por referencia a cualquiera de los anteriores;
- En el caso de la cobertura ofrecida mediante una HMO u otro acuerdo, en el mercado individual que no proporciona beneficios a las personas que ya no residen en un área de servicio, pérdida de cobertura porque una persona ya no reside en el área de servicio (ya sea que esté o no en la elección de la persona);
- Una situación en la que una persona presenta en un reclamo que cumpliría o excedería un límite de por vida en todos los beneficios; y
- Una situación en la que un plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de individuos en situación similar que incluye al individuo.

- En el caso de un empleado o dependiente que tenga una cobertura que no sea la cobertura de continuación de COBRA, las condiciones se cumplen en el momento en que terminan las contribuciones del empleador a la cobertura del empleado o dependiente. Las contribuciones del empleador incluyen las contribuciones de cualquier empleador actual o anterior que contribuyera a la cobertura del empleado o dependiente.
- En el caso de un empleado o dependiente que tiene una cobertura que es la continuación de la cobertura de COBRA, las condiciones se cumplen en el momento en que se agota la continuación de la cobertura de COBRA. Una persona que cumple las condiciones para la inscripción especial, no se inscribe y, en cambio, elige y agota la continuación de la cobertura de COBRA satisface las condiciones.

Las personas calificadas que se inscriban entre el primer y el decimoquinto (15°) día del mes tendrán una fecha de inicio de cobertura del primer día del mes siguiente. Las personas calificadas que se inscriban entre el decimosexto (16°) y el último día del mes tendrán una fecha de inicio de cobertura del primer día del segundo mes siguiente.

La fecha de inicio de la cobertura para los Dependientes inscritos debido a una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores es el primer día del mes siguiente a la recepción de la Orden o la fecha de inicio de la Orden, sin exceder los sesenta (60) días de cobertura retroactiva.

En el caso de matrimonio, o en el caso de que la Persona calificada pierda la cobertura esencial mínima, la Fecha de inicio es el primer día del mes siguiente.

Podemos proporcionar una Fecha de inicio de cobertura para una Persona calificada antes de lo especificado en los párrafos anteriores, siempre que la Persona calificada pague la prima completa durante el primer mes parcial de cobertura, así como todos los costos compartidos.

Aviso de cambio de estatus
Cualquier cambio en el estado de un miembro después de la fecha de inicio de la cobertura debe informarse a Servicios para Miembros. Los cambios también pueden ser causa de un cambio en las primas. Los ejemplos incluyen:
- Cambio de dirección o información de contacto;
- Cambio en el estado de elegibilidad; o
- Cambio en el consumo de tabaco.

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

Cancelación de cobertura
La cobertura de un miembro finalizará bajo este Contrato en la primera de las siguientes fechas cuando:
- CHRISTUS Health Plan no reciba la prima a su vencimiento, sujeto a la disposición del período de gracia de este contrato.
- Después de no menos de treinta (30) días del aviso por escrito acerca de que el miembro ya no está vivo, reside o ya no trabaja en el área de servicio; excepto que CHRISTUS Health Plan no vaya a cancelar la cobertura para un niño que esté sujeto a una orden de manutención médica porque el niño no reside en el área de servicio.

- Se cancela el plan o un tipo particular de cobertura individual; pero solo si la cobertura se cancela de manera uniforme sin tener en cuenta ningún factor relacionado con el estado médico de los inscritos y dependientes de los inscritos que pueden ser elegibles para la cobertura. Podemos cancelar la cobertura después de un aviso por escrito de noventa (90) días, y debemos ofrecer a cada inscrito sobre una base de emisión garantizada cualquier otra cobertura de atención médica básica individual que ofrezcamos en esa área de servicio. En caso de terminación por interrupción de toda la cobertura de atención médica básica individual de la HMO en esa área de servicio, pero solo si la cobertura se interrumpe de manera uniforme sin tener en cuenta los factores relacionados con el estado médico de los inscritos y dependientes de los inscritos que pueden ser elegibles para la cobertura, la HMO puede cancelar la cobertura después de un aviso por escrito de 180 días al comisionado y a los inscritos, en cuyo caso, la HMO no puede volver a ingresar al mercado individual en esa área de servicio durante cinco años a partir de la fecha de interrupción en la última cobertura no renovada.
- El miembro ya no es una persona calificada y elegible para la cobertura;
- El miembro comete fraude o tergiversación intencional de un hecho material en la solicitud de inscripción, después de no menos de quince (15) días del aviso por escrito;
- El miembro comete fraude en el uso de servicios o instalaciones, después de no menos de quince (15) días del aviso por escrito;

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

No pagaremos ningún servicio cubierto dado a un miembro o dependiente después de la fecha de terminación. A menos que acordemos, por escrito, que no se proporcionarán beneficios cubiertos según este contrato después de la fecha de terminación del mismo, incluso si usted o su dependiente están o permanecen en el hospital después de la fecha de terminación de este.

Conversión de cobertura

Los dependientes elegibles bajo este contrato tienen derecho a una conversión a un nuevo contrato en el momento de:

- La muerte del miembro; o
- Divorcio, anulación o disolución del matrimonio o separación legal del cónyuge del miembro.

El derecho a la conversión no se aplica si:

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

El dependiente debe informarnos de su intención de convertir su cobertura. Luego enviaremos un aviso de derechos de conversión. El dependiente debe pagar la prima aplicable en los treinta (30) días posteriores a la recepción del aviso de derechos de conversión enviado por nosotros.

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

CÓMO FUNCIONA SU PLAN

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

El plan es un plan de estilo "HMO", lo que significa que usted selecciona un proveedor de atención primaria (PCP) para organizar toda su atención. El plan también necesita que:

- Debe vivir, residir o trabajar en el área de servicio, a menos que sea un dependiente, y cumplir todas las reglas de cobertura de este contrato.
- Debe recibir servicios de atención médica de nuestra red de proveedores participantes. Nuestra red está formada por médicos y hospitales con los que contratamos para darle servicios médicos. Si no utiliza nuestra red de proveedores participantes, es posible que deba pagar por los servicios que recibe.
- Puede obtener servicios cubiertos de un proveedor no participante solo cuando un proveedor participante no esté disponible en el área de servicio. Para obtener una autorización para estos servicios cubiertos, su PCP nos enviará una solicitud de remisión. Los servicios de atención de emergencia están cubiertos incluso si el proveedor no es un proveedor participante.
- Debe pagar su costo compartido en el momento en que recibe los servicios cubiertos. Pagaremos al proveedor el saldo adeudado por los servicios cubiertos. Su *Programa de beneficios* tiene más información sobre los requisitos de costos compartidos.
- Algunos servicios de atención médica requerirán autorización previa para estar cubiertos por el plan. Por ejemplo, se necesita autorización previa para algunas hospitalizaciones (la atención de maternidad no necesita autorización previa) y algunos tipos de atención ambulatoria. Su proveedor participante debe asegurarse de que la autorización previa esté vigente cuando sea necesaria. Lea la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este contrato para obtener más detalles.
- Los servicios de atención de emergencia fuera del área de servicio están cubiertos, pero es posible que otros tipos de atención no estén cubiertos.

Proveedores de atención primaria

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

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

Los PCP pueden incluir médicos de familia, médicos generales, internistas, pediatras, obstetras o ginecólogos (OB/GYN). Cada miembro puede elegir qué tipo de PCP

prefiere. Las miembros femeninas pueden optar por tener un obstetra/ginecólogo como su proveedor de atención primaria, si lo desean. Para las miembros femeninas que no eligen a un obstetra/ginecólogo como su PCP, no se necesita remisión para los servicios prestados por los proveedores participantes de obstetricia/ginecología. Su PCP es responsable de darle sus servicios de atención primaria. Estos incluyen exámenes anuales, vacunas de rutina y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas que no son de emergencia. Una miembro femenina también puede seleccionar un obstetra/ ginecólogo además de un PCP.

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

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

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

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

Tarjeta de identificación
Se le envió una tarjeta de identificación del plan. Si necesita más tarjetas, puede descargar e imprimir copias adicionales de su Portal para Miembros de CHRISTUS o llamar a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025. Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación del plan. La tarjeta de identificación del plan lista algunos de los beneficios a los que tienen derecho los miembros que pueden necesitar cantidades de copago. La información sobre los costos compartidos se encuentra en su *Programa de Beneficios.*

Usted tiene derecho a recibir beneficios del Plan por los servicios cubiertos si ha pagado todas las primas, deducibles y copagos, y si cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan. Tener la tarjeta del Plan no garantiza automáticamente el derecho a los beneficios. No permita que otros usen su tarjeta de identificación del plan. Al hacerlo, debe pagar por los servicios prestados al no miembro. Además, su membresía del plan y la de sus dependientes cubiertos pueden cancelarse. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 de inmediato si pierde o le roban su tarjeta de identificación del plan.

Uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de tarjetas de identificación (ID)
ADVERTENCIA: Es importante seguir los consejos de los profesionales médicos y recibir la mejor atención y tratamiento posibles. Esta sección no proporciona ninguna orientación o consejería para el tratamiento médico y no puede interpretarse como servicios médicos prescritos. No utilice ninguna información de esta sección para tomar decisiones sobre sus necesidades de atención médica.

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

- El uso de su tarjeta de identificación o información médica personal de cualquier otra persona, ya sea que la conozca o no, puede considerarse fraude y debe informarse de inmediato a la línea directa de fraude de CHRISTUS al 855-771-8072, fax seguro de fraude al 210-766-8849 o correo electrónico dedicado CHRISTUSHealthPlanSIU@CHRISTUSHealth.org.
- Informe cualquier caso de lo siguiente:
    - Un proveedor de atención médica factura por tratamiento médico, servicios o equipos que no recibió o en una fecha distinta a la fecha del tratamiento.
    - Un proveedor de atención médica u otra persona le ofrece dinero en efectivo, una tarjeta de regalo u otros beneficios a cambio de que visite a un proveedor de atención médica específico.
    - Si le ofrecen tratamiento gratuito en una residencia de rehabilitación con internamiento, ya sea dentro del estado o fuera de la ciudad.
    - Un proveedor de atención médica factura una cantidad excesiva por un tratamiento que usted recibió, incluso si ya pagó su deducible correspondiente.
    - Un proveedor de atención médica realiza tratamientos o servicios médicamente innecesarios y que no están relacionados con ninguna afección por la que usted haya buscado atención.
    - Un proveedor de atención médica le pide que reclute a familiares o amigos para cualquier tratamiento o servicio.
    - Continúa recibiendo entregas continuas de equipos médicos que ya no necesita ni usa. (NO suspenda ningún tratamiento recetado sin consultar a un profesional médico)
    - Su período de tratamiento dura significativamente más que el período de tiempo prescrito o parece no tener fecha de finalización o no se le presentó ningún plan de atención.
    - Su tratamiento se distribuye de manera anormal en varias visitas sin ninguna razón médica.
- El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de identificación emitidas a los miembros incluye, entre otras, cualquiera de las siguientes acciones, cuando sea intencional:
    - Usar la tarjeta de identificación antes de su fecha de inicio;

    - Usar la tarjeta de identificación después de la terminación de la cobertura bajo el plan;
    - Obtener medicamentos con receta u otros beneficios para personas no cubiertas por el plan;
    - Obtener medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos por el plan;
    - Obtener medicamentos con receta para su reventa o para su uso de cualquier persona que no sea la persona a la que se recetan los medicamentos, aunque la persona esté cubierta por el plan;
    - Obtener medicamentos con receta sin receta o mediante el uso de una receta falsificada o alterada;
    - Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso médicamente necesarios o prudentes o que eludan las limitaciones de calidad del plan;
    - Obtener medicamentos con receta utilizando recetas para los mismos medicamentos de múltiples proveedores; o
    - Obtener medicamentos con receta de varias farmacias mediante el uso de la misma receta.
- El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo u otro uso indebido de tarjetas de identificación de cualquier miembro puede resultar, entre otros:
    - Denegación de beneficios;
    - Cancelación de cobertura;
    - Limitación en el uso de la tarjeta de identificación a un médico designado, otro proveedor o farmacia en la red;
    - Recuperación de su parte de cualquier pago de beneficios realizado;
    - Aprobación previa de compras de medicamentos y servicios prestados por un médico; o
    - Aviso a las autoridades correspondientes de posibles violaciones de la ley o la ética profesional.

SUS OBLIGACIONES DE COSTOS COMPARTIDOS

El costo compartido es la parte del costo que usted paga por los beneficios cubiertos bajo el Plan. Los pagos de costos compartidos de su Plan incluyen el deducible anual, el porcentaje de copago y los montos de copago para cada tipo de servicio, tal como se indican en su *Programa de Beneficios.*

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

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

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

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

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

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

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

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

Las cantidades del deducible y los copagos pagados por servicios de la vista que no sean beneficios médicos esenciales tampoco se aplican al máximo de gastos de bolsillo de este plan.

Una vez satisfecho su deducible, los copagos que pague por servicios cubiertos se aplicarán a su máximo de gastos de bolsillo. Las cantidades o servicios que no se aplican a su máximo de gastos de bolsillo incluyen:

- cantidades de penalización;
- pagos de primas; y
- cantidades pagadas por beneficios no cubiertos.

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

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

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

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

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

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

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

CÓMO BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA

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

Cuando necesite atención:

- Comuníquese con su proveedor de atención primaria (PCP).
- Identifíquese como miembro. Es posible que su PCP le solicite información en su tarjeta de identificación de miembro, así que téngala lista.
- En la visita de atención médica, muestre su tarjeta de identificación de miembro.
- Si es necesario, obtenga una autorización previa de su PCP para ciertos beneficios cubiertos. En la sección CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA de este contrato se encuentra disponible más información.
- Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 si tiene alguna pregunta o quiere presentar una queja.

Atención de emergencia

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

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

Es posible que se necesiten servicios de atención de emergencia para tratar una lesión accidental o la aparición repentina de una condición médica que cause síntomas graves, como dolor nuevo e intenso. Un persona razonable debe saber que la falta de atención médica inmediata resulte en peligro para la salud de un miembro, deterioro de las funciones corporales, disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, desfiguración para una persona o, para una mujer embarazada, peligro grave para la salud de un feto.

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

Si busca atención de emergencia por una enfermedad o lesión que cree que necesita atención médica inmediata, su plan cubrirá los servicios. La atención de emergencia no necesita autorización previa. Sin embargo, si su emergencia hace que lo ingresen al hospital, es posible que se necesite un aviso y autorización para su ingreso al hospital.

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

Servicios de atención de emergencia en un proveedor/centro no participante
En caso de emergencia, debe acudir al proveedor o centro disponible más cercano. No necesita autorización previa para obtener servicios de atención de emergencia de proveedores participantes y no participantes.

Los servicios de atención de emergencia que reciba de proveedores no participantes los pagaremos nosotros a la cantidad máxima pagadera como se describe a continuación en la sección titulada "Costos para proveedores no participantes". Sin embargo, es posible que lo transfieran a un proveedor participante para recibir atención continua si es médicamente prudente hacerlo. Pagará el mismo costo compartido que pagaría por un proveedor participante. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

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

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

Todas las admisiones de pacientes hospitalizados necesitan una autorización previa por nuestra parte, excepto lo establecido en la atención de maternidad. Si se le admite en un centro no participante o fuera de la red, debe comunicarse con el plan para obtener una autorización previa. Un familiar o cuidador autorizado debe comunicarse con nosotros si no puede hacerlo. Se necesita una autorización previa para que los servicios cubiertos se paguen al nivel de beneficios más alto. Al recibir la autorización previa y la admisión, un médico que no sea su PCP puede dirigir y supervisar su atención.

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

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

Algunos ejemplos de enfermedades o lesiones urgentes son:
- Esguinces o un posible hueso roto;
- Un corte que puede necesitar puntos de sutura;

- Una fiebre creciente;
- Vómitos o diarrea intensos;
- Dolor de oído; y
- Síntomas de la gripe.

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

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

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

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

El Plan da cobertura para un servicio o procedimiento de atención médica cubierto que se preste como servicio médico de telemedicina, servicio dental de teleodontología o servicio de telesalud con un sitio de origen o sitio distante situado fuera de este estado, en las mismas condiciones y en la misma medida en que el plan da cobertura para el servicio o procedimiento con un sitio de origen y un sitio distante situados en Texas, si:

- La persona que recibe el servicio reside principalmente en este estado; y
- El profesional médico que presta el servicio;
    - Tiene licencia o está autorizado de otro modo para prestar el servicio en este estado; y
    - Tiene un consultorio físico en este estado.

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

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

Continuidad de la atención
Si está recibiendo un curso de tratamiento continuo de un proveedor no participante o un proveedor participante cuyo contrato finaliza durante un curso de tratamiento continuo o activo, puede ser elegible para continuar recibiendo servicios como si su proveedor todavía fuera un proveedor participante. Esto se llama continuidad de la atención.

Un paciente de atención continua significa una persona que: (A) está recibiendo un curso de tratamiento para una cantidad grave y compleja del proveedor o centro; (B) está recibiendo un curso de atención institucional o hospitalaria del proveedor o centro; (C) está programado para someterse a una operación no electiva del proveedor, incluida la recepción de atención postoperatoria de dicho proveedor o centro con respecto a dicha operación; (D) está embarazada y se somete a un curso de tratamiento para el embarazo del proveedor o centro; o (E) tiene o se determinó que tiene una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad de dicho proveedor o centro.

Si un proveedor/profesional participante cancela el plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por dar el tratamiento médicamente necesario a un miembro con una "circunstancia especial". "Circunstancia especial" significa una condición con respecto a la cual un proveedor o profesional tratante cree razonablemente que la interrupción de la atención de ese proveedor o profesional podría causar daño al miembro (incluyendo, sin limitarse a una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal o un embarazo).

El plan continuará cubriendo los servicios cubiertos hasta el último de los siguientes casos: (a) el nonagésimo (90°) día después de la fecha de inicio de la terminación de la red de proveedores; (b) si se diagnosticó al miembro con una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve meses después de la fecha efectiva de la terminación; o (c) si la miembro está embarazada en el momento de la terminación, mediante el parto del niño, la atención después del parto inmediata y el chequeo de seguimiento de seis semanas.

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

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

Acceso a proveedores no participantes
Si un servicio cubierto es médicamente necesario y no está disponible por medio de un proveedor participante, lo remitiremos a un proveedor no participante en un plazo máximo de cinco días laborables después de recibir su solicitud y documentación, o antes, según su condición. Coordinaremos la remisión. **Debe tener nuestra aprobación antes de recibir los servicios, o será responsable del pago.**

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

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

Transparencia en la cobertura
Los planes HMO de CHRISTUS Health necesitan que seleccione un proveedor de atención primaria (PCP) en la red para coordinar toda su atención. Pagaremos por los servicios cubiertos que nuestros miembros reciban de nuestros proveedores en la red. Sin embargo, los miembros que reciben atención de un proveedor en la red sin recibir la autorización previa adecuada, cuando se necesite autorización previa, tendrán gastos de bolsillo más altos.

Los servicios de un proveedor fuera de la red no están cubiertos y los proveedores pueden facturarle por sus servicios. Los servicios fuera de la red provienen de médicos, hospitales y otros profesionales de la salud que no tienen contrato con CHRISTUS Health Plan. Un profesional de la salud que está fuera de la red de su plan puede establecer un costo más alto por un servicio que los profesionales que están en la red de su plan médico. Dependiendo del profesional de la salud, el servicio podría costar más o no ser pagado en absoluto por su plan. Cobrar esta cantidad adicional se denomina facturación del saldo.

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

Ley para evitar sorpresas (No Surprises Act)
Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital en la red, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, hospital de acceso crítico, centro de cirugía ambulatoria y cualquier otro centro, especificado por el Secretario, que proporcione artículos o servicios para los que se proporciona cobertura según el plan, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación del saldo.

Cuando consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un porcentaje de copago y/o un deducible. Podría incurrir en otros costos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita

un centro de atención médica fuera de la red de su plan. “Fuera de la red” describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico. Es posible que se permita que los proveedores fuera de la red le facturen la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación del saldo”. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos en la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

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

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

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

Costos para proveedores no participantes

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

Es posible que estos proveedores no participantes no le facturen el saldo de las cantidades no pagadas por nosotros. Si recibe una factura de saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Proveedores basados en instalaciones

Un proveedor basado en el centro, un proveedor de diagnóstico por imágenes fuera de la red o un proveedor de servicios de laboratorio no pueden ser un proveedor participante. Es posible que estos proveedores no participantes no le facturen el saldo de las cantidades no pagadas por nosotros. Si recibe una factura de saldo de un proveedor participante o no participante en un centro, comuníquese con nosotros.

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 https://www.christushealthplan.org/provider-resources/prior-authorization o llamando a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025.

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

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.

Apelación para medicamentos con receta e infusiones intravenosas
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 discutir 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 donde se necesite, 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.

¿Cómo funciona el proceso?
Cuando recibimos una solicitud de autorización previa, nuestro personal clínico revisa la solicitud utilizando directrices reconocidas a nivel nacional. 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 veinticuatro (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 cual es válida. Una autorización previa también puede ser solo para una cierta cantidad de tratamientos o servicios. Las solicitudes de renovación de una reautorización existente pueden presentarse sesenta (60) días antes del vencimiento.

¿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;
- Cirugía reconstructiva;
- Disfunciones de la articulación craneomandibular (ATM) y de la articulación temporomandibular (ATM);
- Servicios dentales;
- Equipo médico duradero;
- Pruebas genéticas, consejería y tratamiento de trastornos genéticos por errores congénitos del metabolismo (IEM);
- Atención médica domiciliaria;
- 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 un centro de enfermería especializada; y
- Procedimientos quirúrgicos.

No se requerirá autorización previa para algunos médicos y proveedores que cumplan con 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, la revisa 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 usarse 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 *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.

No requeriremos más de una autorización previa al año para medicamentos con receta utilizados para tratar una enfermedad autoinmune, hemofilia o enfermedad de Von Willebrand. Esta sección no se aplica a:

- opioides, benzodiazepinas, barbitúricos o carisoprodol;
- medicamentos con receta que tienen un período de tratamiento típico de menos de 12 meses;
- medicamentos que tienen un recuadro de advertencia asignado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para su uso, y deben tener una evaluación específica del proveedor; o
- el uso de un medicamento aprobado para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de una manera distinta al uso aprobado.

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

Decisiones sobre autorizaciones previas para medicamentos con receta e infusiones intravenosas
Si nuestro personal clínico no puede aprobar su autorización previa por razones clínicas o 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 les informará a usted y a su proveedor por escrito o por medios electrónicos si se aprueba la autorización previa. Se les 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 de nuestra decisión en las setenta y dos (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 veinticuatro (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 veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción de una solicitud escrita o verbal.

¿Qué pasa si se niega la autorización previa?
Revisión externa de una organización de revisión independiente (IRO)
Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión externa inmediata de nuestra decisión de apelación de una organización de revisión independiente (IRO). No tiene que agotar nuestro proceso de apelación antes de pedir una revisión externa con una organización de revisión independiente (IRO) 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 se está sometiendo a un curso de tratamiento actual con un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Nuestro aviso de determinación de la apelación incluirá instrucciones completas para hacer una solicitud de revisión externa de una organización de revisión independiente (IRO). La revisión externa acelerada puede iniciarse al mismo tiempo que las apelaciones internas aceleradas.

Se necesita que una organización de revisión independiente (IRO) nos emita una decisión de atención de urgencia a nosotros y a usted a más tardar veinticuatro (24) horas después de recibir la solicitud de revisión externa y a más tardar cuarenta y cinco (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 dan 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.

BENEFICIOS CUBIERTOS

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

Específicamente cubierto
Su plan ayuda a pagar los gastos de atención médica que son médicamente necesarios y están específicamente cubiertos en este Contrato. Específicamente, cubierto significa solo aquellos servicios de atención médica que se listan y describen expresamente en las secciones de beneficios del Contrato. Los beneficios y servicios específicamente cubiertos están sujetos a limitaciones, exclusiones, autorizaciones previas y otras disposiciones de este Contrato. La sección de exclusiones lista los servicios que no son beneficios que cubre el plan. Se excluirán todos los demás beneficios y servicios que no se listan como cubiertos en esta sección, excepto los servicios clínicos médicos preventivos.

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

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

Los medicamentos, medicamentos, tratamientos, procedimientos o dispositivos experimentales, en investigación o no probados no están cubiertos.
Debe obtener una autorización previa para que algunos servicios estén cubiertos. El plan no pagará ninguno de estos servicios sin autorización previa. Lea la sección de autorización previa de este Contrato o llame a Servicios para Miembros al 1-844-282-3025 para obtener más información sobre la autorización previa.

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

Beneficios cubiertos específicos:
Lesiones accidentales (trauma), atención de urgencia, servicios de atención de emergencia y servicios de observación

Atención de urgencia
La atención de urgencia son procedimientos médicos o quirúrgicos, tratamientos o servicios de atención médica médicamente necesarios que recibe en un centro de atención de urgencia o en el consultorio de un proveedor para una condición repentina debida a una enfermedad o lesión. Las condiciones urgentes necesitan atención médica inmediata para evitar un deterioro grave de su salud, pero no tienen por qué poner en peligro su vida.

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

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

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

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

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

No se necesita autorización previa para los servicios de atención de emergencia. Si lo admiten como paciente hospitalizado en un hospital, usted o su médico deben avisarnos lo antes posible para que podamos revisar su estancia en el hospital. Aprobaremos o denegaremos la cobertura de la atención posterior a la estabilización que solicite su médico tratante dentro del plazo correspondiente, según los servicios solicitados y su condición, pero no más de una hora después de recibir la solicitud.

No rechazaremos un reclamo por Servicios de atención de emergencia cuando su PCP o nuestro representante lo envíen a la sala de emergencias. Si sus servicios de atención de emergencia

resultan en una hospitalización directamente de la sala de emergencias, usted es responsable de pagar las cantidades de costos compartidos del hospital para pacientes hospitalizados en lugar del copago de la visita a la sala de emergencias. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer la cantidad de costos compartidos.

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

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

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

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

Cuando un hospital lo coloca en observación ambulatoria, se basa en la orden escrita del proveedor. Para pasar de la observación a una admisión hospitalaria, se deben cumplir nuestros criterios de nivel de atención. El tiempo que se pasa en el hospital no es el único factor que determina la observación en lugar de una estadía hospitalaria. También se considerarán los criterios médicos.

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

Lesión cerebral adquirida
El plan cubre el tratamiento de una lesión cerebral adquirida sobre la misma base que el tratamiento de cualquier otra condición física. Terapia de rehabilitación cognitiva, terapia de comunicación cognitiva, terapia neurocognitiva y rehabilitación; pruebas y tratamientos neuroconductuales, neuropsicológicos, neurofisiológicos y psicofisiológicos; La terapia de remediación y retroalimentación neurológica, los servicios de transición y reintegración post-aguda u otros servicios de tratamiento están cubiertos si dichos servicios son médicamente necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con ella.

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

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

- En Texas, al centro en la red más cercano donde se pueden prestar servicios de atención de emergencia y tratamiento, o a un centro fuera de la red si un centro en la red no es razonablemente accesible. Dichos servicios los debe proporcionar un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y con el personal y equipo de soporte vital.
- Fuera de Texas, al centro apropiado más cercana donde se puedan prestar servicios de atención de emergencia y tratamiento. Dichos servicios los debe proporcionar un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y con el personal y equipo de soporte vital.
- No pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que hubiéramos pagado por los servicios de ambulancia terrestre en la misma distancia, a menos que su condición haga que la utilización de dichos servicios de transporte terrestre sea médicamente inapropiada.
- Para determinar si actuó de buena fe como un lego razonable y prudente al obtener los Servicios de Ambulancia de Emergencia, tendremos en cuenta los siguientes factores:
    - Si requirió servicios de atención de emergencia, como se define anteriormente
    - Sus síntomas
    - Si una persona razonable y prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina habría creído que el transporte en cualquier otro vehículo habría puesto en peligro su salud
    - Si su médico/proveedor o nuestro personal le aconsejaron que buscara un servicio de ambulancia. Cualquier consejo de este tipo resultará en el reembolso de todos los servicios médicamente necesarios prestados, a menos que se limite o excluya de otro modo según este Contrato.
    - Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de traumatismo/ quemaduras de Nivel I o II u otro centro de traumatismos/quemaduras debidamente designado de acuerdo con los protocolos establecidos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia.

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

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

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

- Servicios de ambulancia aérea cuando sea médicamente necesario. Sin embargo, no pagaremos más por los servicios de ambulancia aérea de lo que habríamos pagado por el transporte por la misma distancia en ambulancia terrestre, a menos que su condición haga que el uso de dichos servicios de ambulancia terrestre sea médicamente inapropiado.
- Servicios de ambulancia neonatal, incluyendo el servicio de ambulancia terrestre o aérea al centro de atención terciaria más cercano cuando sea necesario para proteger la vida de un recién nacido.
- Servicios de ambulancia terrestre o aérea a cualquier centro de traumatismo/quemaduras de Nivel I o II u otro centro de traumatismos/quemaduras debidamente designado de acuerdo con los protocolos establecidos de triaje y tratamiento de servicios médicos de emergencia.

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

- Médicamente necesario
- Recetado por su médico/proveedor
- Proporcionado por un servicio de ambulancia autorizado en un vehículo equipado y dotado de personal y equipo de soporte vital.

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

La cobertura incluye exámenes de control para bebés y niños sanos para diagnosticar la presencia del trastorno del espectro autista, así como el tratamiento del trastorno del espectro autista mediante terapia del habla, ocupacional y física. Los proveedores de estos servicios deben estar certificados, registrados o autorizados para prestar estos servicios. Además, los proveedores deben ser reconocidos y aceptados por una agencia apropiada de los Estados Unidos o actuar bajo la supervisión de dicho proveedor.

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

- Servicios de evaluación y valoración;
- 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.

Es posible que el plan deba autorizar previamente algunos servicios.

Ensayos clínicos
El plan da 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:

- El ensayo clínico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos,
- 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)
- Ensayos financiados por el gobierno federal: el estudio o la investigación se aprueban o financian (lo que puede incluir fondos 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 o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
    - (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.
- 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:
    - ser comparable al sistema de revisión por personas con experiencias similares de estudios e investigaciones utilizado por los Institutos Nacionales de Salud, y
    - asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.

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

- Costo de atención al paciente de rutina significa
    - (1) Un servicio o tratamiento médico que es un beneficio bajo el plan que estaría cubierto para un miembro que recibe tratamiento contra el cáncer o una enfermedad potencialmente mortal;

    - (2) Un medicamento proporcionado a un paciente durante un ensayo clínico si el medicamento lo aprobó la Administración de medicamentos y alimentos de los Estados Unidos, ya sea que esa organización aprobó o no el medicamento para su uso en el tratamiento de la condición particular del paciente, pero solo en la medida en que el medicamento no lo pague el fabricante, distribuidor o proveedor del medicamento;
    - (3) Costos de los tipos de servicios que generalmente están cubiertos para los miembros que han recibido tratamiento para el cáncer o una enfermedad potencialmente mortal
- El costo de la atención de rutina al paciente no incluye
    - El costo de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación;
    - El costo de un servicio no sanitario que el paciente debe recibir como resultado de la participación en el ensayo clínico;
    - Costos asociados con la gestión de la investigación asociada con el ensayo clínico;
    - Costos que no serían cubiertos por el paciente si se proporcionaran tratamientos no investigativos; o
    - Costos pagados o no cobrados por los proveedores de ensayos clínicos.

Cuidado de hospicio certificado
Este plan cubre los servicios del Programa de cuidados de hospicio. Para estar cubiertos, estos servicios deben prestarse debido a una enfermedad terminal. Estos servicios están limitados como se indica en su *Programa de beneficios*. Los servicios deben darse bajo un Programa de cuidados de hospicio y un proveedor calificado y con autorización debe proporcionarlos. Los servicios del Programa de cuidados de hospicio incluyen atención hospitalaria y servicios ambulatorios. También se incluyen los servicios profesionales de un médico. Otros servicios cubiertos incluyen los de un psicólogo, trabajador social o consejero familiar. Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan:

- Servicios proporcionados por un familiar o alguien que generalmente vive en su hogar o en el hogar de su dependiente,
- Servicios o suministros que no están en el Programa de hospicio,
- Procedimientos curativos o de prolongación de la vida,
- Servicios por los que se pagan otros beneficios según el Plan,
- Servicios o suministros que son principalmente para ayudar en la vida diaria,
- Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias sin receta, suministros médicos, vitaminas o minerales;
- Servicios de terapia física, del habla y respiratoria de terapeutas autorizados; o
- Cuidado de relevo.

Servicios de atención preventiva
El plan cubre la atención primaria y los servicios especializados para la atención preventiva y los exámenes médicos periódicos. Aunque la atención preventiva está cubierta sin cargo, se puede aplicar un copago por visita en el consultorio por otros servicios cubiertos proporcionados durante su visita. El plan también cubre todos los beneficios médicos esenciales, incluyendo los listados en este contrato. No hay costos compartidos para los servicios esenciales de atención preventiva de beneficios médicos. La cobertura de beneficios está disponible para todas las recomendaciones A y B del USPSTF, HRSA para mujeres y HRSA y ACIP para bebés, niños y adolescentes.

Servicios preventivos para miembros adultos:

- Detección de aneurisma aórtico abdominal para miembros masculinos de edades específicas (detección única);
- Detección y orientación sobre el abuso de alcohol;
- Uso de aspirina para miembros de ciertas edades;
- Examen de presión arterial;
- Examen de colesterol para miembros de ciertas edades o con más riesgo;
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal para miembros a partir de los cuarenta y cinco (45) años, incluidas colonoscopias e incluida una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales;
- Detección de depresión;
- Detección de cáncer de pulmón;
- Detección de diabetes tipo 2 para miembros con presión arterial alta;
- Orientación dietética para miembros con más riesgo de enfermedades crónicas;
- Pruebas de detección del VIH para todos los Miembros con más riesgo;
- Detección de infección por el virus de la hepatitis C;
- Vacunas de inmunización: las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas pueden variar;
- Detección y consejería sobre obesidad;
- Consejería para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para miembros con más riesgo;
- Exámenes de detección del consumo de tabaco para todos los miembros e intervenciones para dejar de fumar para los consumidores de tabaco, incluyendo la consejería ampliada para las consumidoras de tabaco embarazadas;
- Detección de sífilis para todos los adultos con más riesgo;
- Prevención de caídas en adultos mayores, incluyendo el ejercicio, la fisioterapia y la suplementación con vitamina D;
- Cáncer de piel;
- Orientación conductual;
- Detección de hepatitis B;
- Detección de tuberculosis;
- Medicamentos preventivos con estatinas: adultos de cuarenta a setenta y cinco (40-75) años sin antecedentes de ECV, uno o más factores de riesgo de ECV y un riesgo calculado de eventos de ECV a diez (10) años del 10% o más.

Los servicios preventivos adicionales incluyen, entre otros:

- Exámenes físicos anuales, uno por año calendario;
- Materiales educativos o consultas de proveedores para promover una vida saludable;
- Exámenes oculares periódicos de glaucoma para todos los miembros de treinta y cinco (35) años de edad o más;
- Pruebas periódicas de laboratorio para la detección, incluidas pruebas para determinar el metabolismo, la hemoglobina en sangre, el nivel de glucosa en sangre y el nivel de colesterol en sangre;
- Pruebas periódicas de detección radiológica;

- Medicamentos de venta libre y medicamentos con receta por un médico/proveedor, excepto los listados en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*;
- Pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función arterial anormal para los miembros que son diabéticos o tienen riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y son:
    - Hombres entre cuarenta y cinco y setenta y seis años (45 y 76), y
    - Mujeres entre cincuenta y cinco y setenta y seis años (55 y 76).

Servicios preventivos específicos para mujeres:

- Pruebas de anemia de rutina;
- Pruebas para bacteriuria, vías urinarias u otra infección;
- Apoyo integral, suministros y orientación sobre lactancia materna;
- Suplementos de ácido fólico para miembros que pueden quedar embarazadas;
- Prevención de la preeclampsia;
- Detección de hepatitis B para miembros embarazadas en su primera visita prenatal;
- Detección de osteoporosis;
- Detección de incompatibilidad médica reproductiva y pruebas de seguimiento para miembros con más riesgo;
- Consejería e intervención sobre la depresión perinatal;
- Detección de sífilis para miembros embarazadas;
- Examen de diagnóstico anual médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer de ovario y cuello uterino, incluida la prueba de Papanicolaou convencional o la detección mediante citología líquida sola o en combinación con una prueba aprobada por la FDA y cualquier otra prueba aprobada por la FDA para la detección del cáncer de ovario para cada mujer de dieciocho (18) años de edad o más.
- Exámenes de detección del cáncer de cuello uterino cada tres años con citología cervical sola en mujeres de veintiún a veintinueve (21 a 29) años y para mujeres de treinta a sesenta y cinco (30-65) años, cada tres (3) años con citología cervical sola, cada cinco (5) años con pruebas del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPHar) solas, o cada cinco (5) años con pruebas de VPHar combinadas con citología (impugnación);
- Orientación genética sobre el cáncer de mama y de ovario basado en los antecedentes familiares, cualquier otra evaluación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de ovario;
- Evaluación del riesgo de BRCA y pruebas/orientación genética;
- Medicina preventiva y detección del cáncer de mama, mamografía y otras imágenes de diagnóstico de mama;
- Detección de clamidia;
- Detección de diabetes mellitus gestacional en mujeres embarazadas asintomáticas después de veinticuatro (24) semanas de gestación;
- Detección de gonorrea en mujeres sexualmente activas de veinticuatro (24) años o menos, así como en mujeres mayores que tienen un más riesgo; y
- Detección de violencia de pareja íntima para mujeres en edad reproductiva o superior.

Servicios preventivos para niños:

- Cuidado de bebés y niños sanos desde el nacimiento de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Estadounidense de Pediatría;
- Evaluaciones del consumo de alcohol y drogas para adolescentes;
- Detección de autismo para niños a los dieciocho (18) y veinticuatro (24) meses;
- Evaluaciones de comportamiento para niños de todas las edades;
- Examen de presión arterial;
- Detección de displasia cervical para mujeres sexualmente activas;
- Detección de hipotiroidismo congénito para recién nacidos;
- Detección de depresión para adolescentes;
- Evaluación del desarrollo para niños menores de tres (3) años y vigilancia durante la infancia;
- Detección de dislipidemia para niños con más riesgo de trastornos lipídicos;
- Suplementos de quimioprevención con flúor para niños sin flúor en su fuente de agua;
- Medicación preventiva de la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos;
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos hasta los miembros de diecisiete (17) años;
- Mediciones de altura, peso e índice de masa corporal para niños;
- Detección de hematocrito o hemoglobina para niños;
- Hemoglobinopatías o evaluaciones de células falciformes para recién nacidos;
- Detección de hepatitis B;
- Detección del VIH para adolescentes con más riesgo;
- Detección de hipotiroidismo para recién nacidos;
- Vacunas de inmunización para niños desde el nacimiento hasta los dieciocho (18) años: las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas varían;
- Suplementos de hierro para niños de seis a doce (6 a 12) meses en riesgo de anemia;
- Detección de plomo para niños en riesgo de exposición;
- Historial médico de todos los niños a lo largo del desarrollo;
- Detección y consejería sobre obesidad;
- Evaluación de riesgos para la salud bucal de niños pequeños (recién nacidos a niños de diez (10) años);
- Detección de fenilcetonuria (PKU) para este trastorno genético en recién nacidos;
- Consejería y detección de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) para adolescentes con más riesgo;
- Intervenciones sobre el consumo de tabaco;
- Pruebas de tuberculina para niños con más riesgo de tuberculosis;
- Examen de la vista para todos los niños;
- Administración y costo de la evaluación del recién nacido,
- Materiales educativos o consultas de proveedores para promover un estilo de vida saludable; y
- Terapias de habilitación para niños con retraso en el desarrollo según lo especificado por un plan de servicios familiares individualizados de Intervención en la Primera Infancia.

Terapias complementarias
Servicios quiroprácticos
Los servicios quiroprácticos están disponibles para condiciones médicas específicas y no están disponibles para terapia de mantenimiento, como ajustes de rutina. Los servicios quiroprácticos están sujetos a lo siguiente:

- El profesional/proveedor determina de antemano que se puede esperar que el tratamiento quiropráctico resulte en una mejora significativa en su condición en un período de dos (2) meses;
- El tratamiento quiropráctico se limita específicamente al tratamiento mediante manipulación manual; es decir, mediante el uso de las manos y otros métodos de tratamiento aprobados por nosotros, incluida, entre otras, la terapia de ultrasonido;
- La subluxación debe documentarse mediante un examen quiropráctico y documentarse en el registro quiropráctico. No requerimos demostración radiológica (rayos X) de subluxación para el tratamiento quiropráctico.

Los servicios quiroprácticos están limitados a treinta y cinco (35) visitas por año calendario con beneficios máximos.

La biorretroalimentación solo está cubierta para el tratamiento de la enfermedad o fenómeno de Raynaud, la incontinencia urinaria o fecal y la lesión cerebral adquirida. La biorretroalimentación está limitada a un beneficio máximo de un año calendario. Consulte su Programa de beneficios para conocer este máximo.

Servicios dentales (limitados)
Consulte su *Programa de beneficios* para conocer las cantidades de costos compartidos.

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

- Servicios para diagnosticar o prevenir la caries dental y otras formas de enfermedades orales.
    - Exámenes orales (una vez cada seis meses)
    - Radiografías de mordida (una vez cada seis meses)
    - Películas panorámicas (una vez cada seis meses)
    - Aplicación tópica de flúor
    - Selladores dentales
    - Mantenedor de espacio
- Servicios para tratar enfermedades orales, incluyendo servicios para:
    - Restaurar dientes cariados o fracturados
    - Reparar dentaduras postizas o puentes
    - Rebase o rebase dentaduras postizas
    - Reparar o volver a cementar puentes, coronas e incrustaciones
    - Eliminar dientes naturales enfermos o dañados
- Servicios y suministros para tratar enfermedades orales, incluyendo servicios para:
    - Reemplace los dientes naturales perdidos por otros artificiales,
    - Eliminar dientes naturales enfermos o dañados
    - Restaurar dientes gravemente cariados o fracturados

- Ortodoncia médicamente necesaria

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

Plan Texas Family High de Delta Dental
Se ofrece con Bronze Plus, Bronze Essential Plus, Silver Plus, Silver Essential Plus, Gold Plus y Gold Essential Plus de CHRISTUS

Deducibles y máximos				
	Beneficios para adultos (mayores de 19 años)		**Beneficios pediátricos (menores de 19 años)**	
	Proveedor de Delta Dental DPO	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**	**Proveedor de Delta Dental DPO**	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**
Deducible anual Miembro	Sin deducible			
Familia (tres o más miembros)				
Máximo anual Miembro	$1000			
Máximo de gastos de bolsillo* Miembro pediátrico Varios miembros pediátricos	El máximo de gastos de bolsillo anual por servicios dentales se acumula para el máximo de gastos de bolsillo médico. Consulte el *Programa de beneficios* de CHRISTUS para conocer las cantidades del máximo de gastos de bolsillo.			

Niveles de beneficios del Plan y porcentajes de copago del miembro								
	Beneficios para adultos (mayores de 19 años)				Beneficios pediátricos (menores de 19 años)			
Categoría de servicio dental	Delta Dental DPO [1]				Delta Dental DPO [1]			
	Delta Dental		Miembro		Delta Dental		Miembro	
	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental
Servicios de diagnóstico y prevención	100%		0%		100%		0%	
Servicios básicos	80%		20%		80%		20%	
Servicios principales	50%		50%		50%		50%	
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requiere autorización previa)	No es un beneficio cubierto		No es un beneficio cubierto		50%		50%	
Períodos de espera	Los servicios principales se limitan a los miembros adultos que hayan estado inscritos conforme a este Contrato durante 12 meses consecutivos. [2]				Ninguno			

Plan Texas Pediatric AIAN de Delta Dental ofrecido con el Plan Texas Pediatric and Family AIAN de CHRISTUS

Deducibles y máximos		
	Proveedor DPO	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**
Deducible anual Miembro pediátrico	Sin deducible	
Máximo de gastos de bolsillo* Miembro pediátrico Varios miembros pediátricos	El máximo de gastos de bolsillo anual por servicios dentales se acumula para el máximo de gastos de bolsillo médico. Consulte el *Programa de beneficios* de CHRISTUS para conocer las cantidades del máximo de gastos de bolsillo.	

Niveles de beneficios del Plan y porcentajes de copago del miembro				
Categoría de servicio dental	**DPO**[1]			
	Delta Dental		**Miembro**	
	Proveedor DPO	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**	**Proveedor DPO**	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**
Servicios de diagnóstico y prevención	100%		0%	
Servicios básicos	100%		0%	
Servicios principales	100%		0%	
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requieren autorización previa)	100%		0%	
Períodos de espera	Sin períodos de espera		Sin períodos de espera	

Plan Texas Pediatric High de Delta Dental ofrecido con todos los planes Catastrophic, Bronze, Silver y Gold de CHRISTUS

Deducibles y máximos		
	Proveedor de Delta Dental DPO	**Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental**
Deducible anual Miembro pediátrico	Sin deducible	
Máximo de gastos de bolsillo* Miembro pediátrico Varios miembros pediátricos	El máximo de gastos de bolsillo anual por servicios dentales se acumula para el máximo de gastos de bolsillo médico. Consulte el *Programa de beneficios* de CHRISTUS para conocer las cantidades del máximo de gastos de bolsillo.	

Niveles de beneficios del Contrato y porcentajes de copago del miembro				
Categoría de servicio dental	DELTA DENTAL DPO[1]			
	Delta Dental		Miembro	
	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental	Proveedor de Delta Dental DPO	Proveedor Premier de Delta Dental o proveedor que no pertenece a Delta Dental
Servicios de diagnóstico y prevención	100%		0%	
Servicios básicos	80%		20%	
Servicios principales	50%		50%	
Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requiere autorización previa)	50%		50%	

* El máximo de gastos de bolsillo aplica únicamente a los beneficios médicos esenciales para miembros pediátricos. Una vez que la cantidad pagada por los miembros pediátricos alcance el máximo de gastos de bolsillo, no se requerirá ningún pago adicional por el resto del año calendario. Si un miembro cambia de un tipo de proveedor a otro durante un año calendario, debe alcanzar el máximo de gastos de bolsillo para proveedores de **Delta Dental DPO** antes de que dejen de aplicarse los porcentajes de copago y deducibles del miembro a los servicios cubiertos de proveedores de **Delta Dental DPO**. Del mismo modo, un miembro debe alcanzar el máximo de gastos de bolsillo para proveedores Premier de Delta Dental y proveedores que no pertenecen a Delta Dental antes de que dejen de aplicarse los porcentajes de copago y deducibles del miembro a los servicios cubiertos de estos proveedores.

Si hay dos o más miembros pediátricos cubiertos, la obligación financiera por los servicios recibidos no excederá el máximo de gastos de bolsillo correspondiente a varios miembros pediátricos para el proveedor usado. Sin embargo, una vez que un miembro pediátrico cubierto alcance el máximo de gastos de bolsillo correspondiente a un miembro pediátrico, se considerará que dicho miembro ha alcanzado su máximo de gastos de bolsillo para el proveedor usado. Los demás miembros pediátricos cubiertos deben seguir pagando los porcentajes de copago del miembro por los servicios cubiertos hasta que la cantidad total pagada alcance el máximo de gastos de bolsillo para varios miembros pediátricos correspondiente al proveedor usado.

[1] El reembolso se basa en los cargos contratados de **Delta Dental DPO** para proveedores de **Delta Dental DPO**, Delta Dental Premier y que no pertenecen a Delta Dental. Tenga en cuenta: Pagaremos el mismo nivel de beneficios del Plan por los servicios cubiertos prestados por un proveedor de **Delta Dental DPO**, un proveedor Premier y un proveedor que no pertenece a Delta Dental. Sin embargo, la cantidad que se cobre a los miembros por los servicios cubiertos prestados por un proveedor Premier o un proveedor que no pertenece a Delta Dental puede ser mayor que la que aceptan los proveedores de **Delta Dental DPO**, y los miembros serán responsables de las cantidades correspondientes a la facturación del saldo.

[2] Los períodos de espera se calculan para cada miembro adulto a partir de la fecha de vigencia de la cobertura informada para dicho miembro. La cobertura previa de los miembros adultos conforme a cualquier plan de Delta Dental que incluyera un período de espera para adultos se acreditará para el período de espera para adultos de este plan dental. Para que dicha cobertura previa sea acreditada, debe haber estado vigente inmediatamente antes de la elección de este plan.

Anexo B
Servicios, limitaciones y exclusiones

Descripción de los servicios dentales para beneficios para adultos (mayores de 19 años)

Pagaremos o cubriremos de otro modo el nivel de beneficios del Plan que se indica en el Anexo A para los siguientes servicios:

- **Servicios de diagnóstico y prevención**

(1) Diagnóstico:	Procedimientos para ayudar al proveedor a determinar el tratamiento dental necesario.
(2) Preventivos:	Limpiezas, incluyendo el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa - montaje completo (el mantenimiento periodontal se considera un servicio básico a efectos de pago).
(3) Consultas con especialistas:	Opinión o consejo solicitado por un dentista general.

- **Servicios básicos**

(1) Anestesia general o sedación intravenosa:	Cuando lo administra un proveedor para cirugía bucal cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
(2) Limpiezas periodontales:	Mantenimiento periodontal.
(3) Paliativo:	Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
(4) Restaurativo:	Restauraciones de composite a base de amalgama y resina (empastes) y restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dental dura resultante del proceso de caries).

- **Servicios principales**

(1) Coronas e incrustaciones:	Tratamiento de lesiones cariadas (caries visibles de la estructura dental dura) cuando los dientes no se pueden restaurar con amalgama o compuestos a base de resina.
(2) Prostodoncia:	Procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y la reparación de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgica de implantes; y para prótesis soportadas por implantes, incluida la reparación y recementación de implantes.

(3) Cirugía bucal:	Extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluida la atención pre y postoperatoria).
(4) Endodoncia:	Tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
(5) Periodoncia:	Tratamiento de encías y huesos que soportan los dientes.
(6) Reparaciones de dentaduras postizas:	Reparación de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos procedimientos de rebase y revestimiento.

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

Cuando una Miembro esté embarazada, cubriremos servicios adicionales para ayudar a mejorar su salud bucal durante el embarazo. Los servicios adicionales cada año calendario mientras el miembro esté cubierto por el Contrato incluyen un (1) examen oral adicional y una (1) limpieza de rutina adicional; un (1) raspado periodontal adicional y alisado radicular por cuadrante; o un (1) procedimiento adicional de mantenimiento periodontal. La miembro o el proveedor de la miembro deben dar una confirmación por escrito del embarazo cuando se presente el reclamo.

- **Servicios de teleodontología**

Los servicios de teleodontología son servicios dentales prestados por un dentista que actúa dentro del alcance de su licencia, o por un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión del dentista y dentro del alcance de la licencia o certificación del profesional.
Los servicios de teleodontología utilizan las telecomunicaciones y la tecnología de la información para dar los servicios a un miembro en una ubicación física mientras el dentista o profesional de la salud se encuentra en una ubicación física diferente.

Limitaciones para los beneficios para adultos (mayores de 19 años)

(1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento que se da habitualmente según los estándares aceptados de la práctica dental se denominan “Servicios opcionales”. Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

Ejemplos de Servicios Opcionales:

a) Una restauración compuesta en lugar de una restauración de amalgama en dientes posteriores;

b) Una corona donde un empaste sería suficiente para restaurar el diente;

c) Una incrustación (inlay/onlay) en lugar de una restauración de amalgama; o

d) Coronas de porcelana, resina u otros materiales similares colocadas en un segundo o tercer molar superior, o en cualquier molar inferior (se reconocerá una corona de porcelana fundida sobre metal noble alto).

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

(2) Si un procedimiento dental primario incluye procedimientos que forman parte de este y se hacen al mismo tiempo que el procedimiento primario, dichos procedimientos se consideran parte del procedimiento primario para determinar el beneficio pagadero conforme a este Contrato. Si el proveedor factura por separado el procedimiento primario y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al beneficio máximo pagadero por el procedimiento primario.

(3) Pagaremos los exámenes bucales (excepto los exámenes fuera de horario y los exámenes de observación) no más de dos veces en un año calendario.

(4) Pagaremos las limpiezas, incluyendo el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa (incluyendo el mantenimiento periodontal o cualquier combinación de los mismos) no más de dos veces en un año calendario. Se permite un desbridamiento bucal completo una vez en la vida, cuando el miembro no tiene antecedentes de profilaxis, raspado y alisado radicular, operación periodontal o procedimientos de mantenimiento periodontal en los tres años, y cuenta para la frecuencia de limpieza en el año proporcionado. Tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen el mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como un beneficio básico, y las limpiezas de rutina que incluyen raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa están cubiertas como un beneficio diagnóstico y preventivo. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

(5) Se permite una evaluación del riesgo de caries una vez cada doce (12) meses.

(6) El desbridamiento bucal completo no está permitido cuando lo hace el mismo dentista/ consultorio dental el mismo día que los procedimientos de evaluación.

(7) La aplicación de medicamentos anticaries se limita a dos veces por diente por año calendario.

(8) Limitaciones de radiografías:

a) Limitaremos la cantidad total reembolsable al cargo aceptado por el proveedor para una serie intraoral completa cuando los cargos por cualquier combinación de radiografías intraorales en una misma serie de tratamiento igualen o superen dicho cargo.

b) Cuando se presente una radiografía panorámica con radiografías complementarias, limitaremos la cantidad total reembolsable al cargo aceptado por el proveedor por una serie intraoral completa.

c) Si se realiza una radiografía panorámica junto con una serie intraoral completa, consideramos que la radiografía panorámica está incluida en dicha serie completa.

d) La serie intraoral completa y la radiografía panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses.

e) Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a una (1) vez por año calendario. Las aletas de mordida de cualquier tipo no se pueden facturar al Miembro ni a nosotros dentro de los 12 meses posteriores a una serie de boca completa, salvo que existan circunstancias especiales que lo justifiquen.

f) Los procedimientos de captura de imágenes no se consideran servicios reembolsables por separado.

(9) Las pruebas de vitalidad pulpar se permiten una vez al día cuando no se haga el tratamiento definitivo.

(10) Las consultas con especialistas se limitan a una de por vida por proveedor y cuentan para el límite de frecuencia de los exámenes bucales. Las evaluaciones de pacientes o las evaluaciones de pacientes informadas individualmente cuando están cubiertas se limitan a solo una en un período de 12 meses y se incluyen, si se informan, con cualquier otro examen en la misma fecha de servicio y consultorio del proveedor.

(11) No cubriremos el reemplazo de restauraciones de amalgama y de resina compuesta (empastes) ni de restauraciones prefabricadas en un plazo de 24 meses después del tratamiento si el servicio lo presta el mismo proveedor o consultorio del proveedor. Las restauraciones de reemplazo, incluida la reinserción de un fragmento de diente, en los 24 meses están incluidas en el cargo de la restauración original.

(12) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente de por vida cuando el tratamiento definitivo no se haga en la misma fecha de servicio.

(13) La pulpotomía terapéutica se limita a una vez de por vida únicamente para dientes de leche (deciduos) y se considera un tratamiento paliativo para los dientes permanentes.

(14) El desbridamiento pulpar y la pulpotomía parcial para apexogénesis se limitan a una vez de por vida.

(15) La terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limita a una vez de por vida. El retratamiento de la terapia de conducto radicular por el mismo proveedor/consultorio del proveedor en los 24 meses se considera parte del procedimiento original.

(16) La hemisección (incluida la extracción de cualquier raíz), sin incluir la terapia de conducto radicular, la amputación de raíz por raíz, la reparación interna de la raíz por defectos de perforación y la terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado, se limitan a una vez de por vida.

(17) El retratamiento de una cirugía apical por el mismo proveedor/consultorio del proveedor en un plazo de veinticuatro (24) meses se considera parte del procedimiento original.

(18) La retención con pines se cubre como máximo una vez en cualquier período de veinticuatro (24) meses.

(19) El tratamiento paliativo se cubre por visita, no por diente, y el cargo incluye todo el tratamiento dado, excepto las radiografías necesarias o determinados procedimientos de diagnóstico.

(20) Limitaciones periodontales:

a) Los beneficios para el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses. En ausencia de documentación de respaldo, no se cubrirán más de dos cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada treinta y seis (36) meses e incluye cualquier reintervención quirúrgica o raspado y alisado radicular realizado dentro de los 36 meses por el mismo dentista o consultorio dental.

c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos óseos, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injerto y los materiales biológicos para apoyar la regeneración de tejidos blandos y óseos, solo están cubiertos para dientes naturales y no se cubren si se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de reborde o implantes.

d) La regeneración tisular guiada y/o los injertos óseos no se cubren si se realizan junto con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.

e) La cirugía periodontal está sujeta a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante.

f) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular si los realiza el mismo consultorio dental.

g) Cuando los procedimientos de implantes están cubiertos, el raspado y el desbridamiento ante inflamación o mucositis en un solo implante —incluida la limpieza de su superficie, sin apertura ni cierre de colgajo— están cubiertos como Beneficio Básico y se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses.

(21) Los servicios de cirugía bucal se cubren una vez de por vida, excepto la extirpación de quistes o tumores odontogénicos benignos, la escisión de lesiones benignas y los procedimientos de incisión y drenaje, que se cubren una vez en el mismo día.

(22) La anestesia general y la sedación moderada (consciente) intravenosa son beneficios únicamente cuando las da un dentista junto con procedimientos de cirugía bucal cubiertos o determinados procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia.

(23) Las coronas y las incrustaciones inlay/onlay se cubren como máximo una vez en cualquier período de 60 meses, excepto cuando determinemos que la corona o incrustación inlay/onlay existente no es satisfactoria y no se puede hacer satisfactoria porque el diente afectado ha sufrido una pérdida considerable o cambios en la estructura dental o los tejidos de soporte.

(24) La reconstrucción del muñón, incluidos los pines, se cubre como máximo una vez en cualquier período de 60 meses.

(25) Los servicios de poste y muñón se cubren como máximo una vez en cualquier período de 60 meses.

(26) Las reparaciones de coronas e incrustaciones inlay/onlay se cubren como máximo una vez en cualquier período de 60 meses. Las coronas, incrustaciones inlay/onlay y puentes fijos incluyen reparaciones durante veinticuatro (24) meses después de su colocación.

(27) Cuando se permita en un plazo de seis (6) meses después de una restauración, el beneficio de una corona, incrustación inlay/onlay o servicio de prostodoncia fija se reducirá por el beneficio pagado por la restauración.

(28) Las reparaciones de dentaduras postizas se cubren como máximo una vez en cualquier período de seis (6) meses, excepto las reparaciones de dentaduras postizas fijas, que se cubren como máximo una vez en cualquier período de 60 meses.

(29) Los aparatos de prostodoncia, implantes o prótesis sobre implantes que se hayan dado conforme a cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán únicamente después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando determinemos que existe una pérdida tan considerable de los dientes restantes o un cambio en el tejido de soporte que el puente fijo o la dentadura postiza existente no se pueda hacer satisfactoria. El reemplazo de un aparato de prostodoncia o prótesis soportada por implantes que no se proporcione bajo un programa de Delta Dental se hará si determinamos que no es satisfactorio y no se puede hacer satisfactorio. Las ayudas para el diagnóstico y el tratamiento de los implantes se consideran parte y se incluyen en los honorarios del tratamiento definitivo. Nuestro pago por la extracción del implante se limita a uno (1) por cada implante en 60 meses, ya sea que se proporcione bajo Delta Dental o cualquier otro plan de atención dental. Las dentaduras postizas removibles soportadas por implantes/pilares y las dentaduras postizas fijas recibirán una asignación de beneficios para los aparatos removibles convencionales correspondientes. El miembro es responsable de la diferencia entre el cargo de una dentadura postiza soportada por implantes/pilares y el cargo de un aparato protésico convencional.

(30) Los procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y vuelven a colocar las prótesis, incluida la limpieza de las prótesis y los pilares, se cubren una vez cada 36 meses.

(31) El desbridamiento de uno o más defectos periimplantarios alrededor de un solo implante (con o sin contorneado óseo) y la limpieza de las superficies expuestas del implante, incluida la apertura y el cierre del colgajo, se cubren una vez cada 36 meses.

(32) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible en la misma arcada durante el mismo episodio de tratamiento, solo se cubrirá la dentadura postiza parcial.

(33) La recementación de coronas, incrustaciones inlay/onlay, postes y muñones fabricados indirectamente o prefabricados, o puentes se incluye en el cargo de la corona, incrustación inlay/onlay o puente cuando la haga el mismo proveedor o consultorio del proveedor en un plazo de seis (6) meses después de la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación en la vida del mismo proveedor/ consultorio del proveedor.

(34) La colocación inicial de un aparato de prostodoncia o implante no es un beneficio, a menos que el aparato de prostodoncia, implante, puente o dentadura postiza sea necesario debido a la extracción de dientes naturales permanentes ocurrida mientras el miembro tenía cobertura de un plan de Delta Dental.

(35) El ajuste oclusal limitado se permite una vez en un período de 60 meses.

(36) Limitamos el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los porcentajes de copago del miembro). Una dentadura postiza estándar significa un aparato removible para reemplazar los dientes permanentes naturales faltantes que está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e

incluye atención de rutina posterior al parto, incluyendo los ajustes y rebases durante los primeros seis (6) meses después de la colocación.

a) El rebase de dentadura postiza está limitado a uno (1) por arco en un período de veinticuatro (24) meses e incluye cualquier rebase o ajuste durante los seis (6) meses posteriores a la colocación.

b) Las dentaduras postizas, las dentaduras parciales removibles y los rebases incluyen ajustes durante los seis (6) meses posteriores a su colocación. Después de los seis (6) meses iniciales tras un ajuste o rebase, los ajustes se limitan a dos (2) por arco por año calendario, y los rebases se limitan a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales removibles inmediatas incluyen ajustes durante tres (3) meses después de la instalación. Después de los tres (3) meses iniciales tras un ajuste o rebase inmediato, los ajustes se limitan a dos (2) por arco por año calendario, y los rebases se limitan a uno (1) por arco en un período de seis (6) meses.

c) El acondicionamiento de tejidos está limitado a dos (2) por arco en un período de doce (12) meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejidos no se permite como beneficio separado si se realiza el mismo día que un rebase o un revestimiento de dentadura postiza.

d) La recementación de dentaduras parciales fijas está limitada a una vez en la vida.

(37) La frenectomía solo se considera en casos de anquiloglosia (frenillo lingual) que interfiera con la alimentación o el habla, según el diagnóstico y la documentación de un médico, o si hay un frenillo que penetra la papila e interfiere con el cierre de un diastema.

Exclusiones para beneficios para adultos (mayores de 19 años)

No pagamos beneficios por:

(1) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador; servicios recibidos sin costo de cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por ley.

(2) Cirugía cosmética o procedimientos por razones puramente cosméticas.

(3) Prótesis maxilofaciales.

(4) Restauraciones provisionales o temporales.

(5) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidas, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto los servicios que se presten a recién nacidos por defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente.

(6) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión, o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes desalineados o problemas de oclusión. Los ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, férula periodontal, ajustes oclusales completos o protectores nocturnos/protectores oclusales y abfracción.

(7) Cualquier procedimiento individual dado antes de la fecha en que el miembro pasó a ser elegible para recibir servicios conforme a este plan.

(8) Medicamentos con receta, fármacos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.

(9) Cargos por anestesia, excepto anestesia general y sedación intravenosa administradas por un proveedor en relación con procedimientos de cirugía bucal cubiertos o determinados procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia.

(10) Injertos extraorales (injertos de tejidos de fuera de la boca en tejidos bucales).

(11) Implantes provisionales.

(12) Incrustaciones inlay/onlay de resina fabricadas indirectamente.

(13) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el proveedor por el tratamiento en cualquiera de dichos centros.

(14) Tratamiento dado por alguien que no sea un proveedor o una persona que, por ley, pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.

(15) Los cargos incurridos por instrucción sobre higiene bucal, un programa de control de placa, programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención en casa, instrucción sobre alimentación, duplicados de radiografías, examen médico para detectar cáncer, orientación sobre el consumo de tabaco o citas incumplidas no son procedimientos pagaderos por separado.

(16) Servicios administrativos de la práctica dental, incluidos, entre otros, la preparación de reclamos, cualquier fase de la odontología que no sea de tratamiento, como mantener un entorno antiséptico, esterilizar el equipo o controlar infecciones, o cualquier material auxiliar usado durante el tratamiento habitual, como hisopos de algodón, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación, como la música.

(17) Procedimientos con un pronóstico dudoso según la revisión profesional de la documentación presentada por un consultor dental.

(18) Cualquier impuesto que imponga (o cobre) un gobierno, estado u otra entidad en relación con cualquier cargo por los beneficios dados conforme al Contrato será responsabilidad del miembro y no será un beneficio cubierto.

(19) Deducibles, cantidades que superen los máximos del plan o cualquier servicio no cubierto conforme al plan dental.

(20) Servicios cubiertos conforme al plan dental que superen las limitaciones de beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en que se procese el reclamo.

(21) La colocación inicial de cualquier aparato de prostodoncia o implante, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes naturales permanentes extraídos mientras el miembro esté cubierto conforme al Contrato o haya estado cubierto conforme a cualquier plan de atención dental de Delta Dental. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará bajo lo anterior. Cualquier dentadura postiza o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos.

(22) Servicios de tratamiento de ortodoncia (tratamiento de la maloclusión de los dientes o las mandíbulas), incluidos servicios relacionados con la ortodoncia, como radiografías cefalométricas, imágenes fotográficas bucales/faciales y modelos de diagnóstico, acceso quirúrgico a un diente no erupcionado, colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado y reposicionamiento quirúrgico de los dientes.

(23) Servicios para cualquier trastorno de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ) o de los músculos, nervios y otros tejidos relacionados.

(24) Implantes endoóseos endodónticos.

(25) Servicios o suministros para selladores, fluoruro, mantenedores de espacio, apexificación y fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal.

(26) Citas incumplidas o canceladas.

(27) Las medidas tomadas para programar las citas de los pacientes y garantizar su cumplimiento forman parte de las operaciones del consultorio y no son un servicio que se pague por separado.

(28) Los cargos por coordinación de la atención se consideran incluidos en el manejo general del paciente y no son un servicio que se pague por separado.

(29) Manejo de casos dentales, entrevistas motivacionales y educación del paciente para mejorar los conocimientos sobre salud bucal.

(30) Procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento dental.

(31) Imagen radiográfica extraoral de proyección 2D e imagen radiográfica dental posterior extraoral.

(32) Pruebas de diabetes.

(33) Corticotomía (procedimiento especializado de cirugía bucal relacionado con la ortodoncia).

(34) Pruebas de antígenos o anticuerpos.

(35) Orientación para el control y la prevención de efectos adversos en la salud bucal, conductual y sistémica relacionados con el consumo de sustancias de alto riesgo.

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

Pagaremos o cubriremos de otro modo el nivel de beneficios del Plan que se indica en el Anexo A para los beneficios médicos esenciales cuando los dé un proveedor y sean necesarios y

habituales conforme a las normas generalmente aceptadas de la práctica dental, y para los servicios de ortodoncia médicamente necesarios. El tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental solo cuando es médicamente necesario, como lo demuestra una maloclusión con discapacidad severa y cuando se obtiene una autorización previa. La maloclusión por discapacidad grave no es una condición cosmética. Los dientes deben estar severamente desalineados causando problemas funcionales que comprometan la salud bucal o general. Los beneficios para la ortodoncia médicamente necesaria se proporcionarán en pagos periódicos basados en la inscripción continua.

- **Servicios de diagnóstico y prevención**

(1)	Diagnóstico:	procedimientos para ayudar al proveedor a determinar el tratamiento dental necesario.
(2)	Preventivo:	limpiezas, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca (el mantenimiento periodontal se considera un beneficio básico para fines de pago), aplicación tópica de soluciones de fluoruro, mantenedores de espacio.
(3)	Selladores:	materiales acrílicos, plásticos o compuestos de aplicación tópica que se usan para sellar surcos y fosas de desarrollo en los molares permanentes para prevenir las caries.
(4)	Consultas con especialistas:	opinión o consejo solicitado por un dentista general.

- **Servicios básicos**

(1)	Anestesia general o sedación intravenosa:	Cuando la administre un proveedor para procedimientos de cirugía bucal cubiertos, determinados procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia, y cuando sea médicamente necesaria para una persona menor de 13 años que no pueda someterse al servicio dental sin anestesia general debido a una razón física, mental o médica documentada.
(2)	Limpiezas periodontales:	Mantenimiento periodontal.
(3)	Paliativo:	Tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
(4)	Restaurativo:	Restauraciones de composite a base de amalgama y resina (empastes) y restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dental dura resultante del proceso de caries).

- **Servicios principales**

(1)	Coronas e incrustaciones:	Tratamiento de lesiones cariadas (caries visibles de la estructura dental dura) cuando los dientes no se pueden restaurar con amalgama o compuestos a base de resina.

(2) Prostodoncia:	Procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y la reparación de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgica de implantes; y para prótesis soportadas por implantes, incluida la reparación y recementación de implantes.
(3) Cirugía bucal:	Extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluida la atención pre y postoperatoria).
(4) Endodoncia:	Tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
(5) Periodoncia:	Tratamiento de encías y huesos que soportan los dientes.
(6) Reparaciones de dentaduras postizas:	Reparación de dentaduras postizas parciales o completas, incluyendo los procedimientos de rebase y revestimiento.
(7) Protectores para la noche/ protectores oclusales:	Aparatos removibles intraorales utilizados para el tratamiento de hábitos orales nocivos.

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

Cuando una Miembro esté embarazada, cubriremos servicios adicionales para ayudar a mejorar su salud bucal durante el embarazo. Los servicios adicionales cada año calendario mientras el miembro esté cubierto por el Contrato incluyen un (1) examen oral adicional y una (1) limpieza de rutina adicional; un (1) raspado periodontal adicional y alisado radicular por cuadrante; o un (1) procedimiento adicional de mantenimiento periodontal. La miembro o el proveedor del miembro deben proporcionar una confirmación por escrito del embarazo cuando se presente el reclamo.

- **Servicios de teleodontología**

Los servicios de teleodontología son servicios dentales prestados por un dentista que actúa dentro del alcance de su licencia, o por un profesional de la salud que actúa bajo la delegación y supervisión del dentista y dentro del alcance de la licencia o certificación del profesional.
Los servicios de teleodontología utilizan las telecomunicaciones y la tecnología de la información para dar los servicios a un miembro en una ubicación física mientras el dentista o profesional de la salud se encuentra en una ubicación física diferente.
Cubrimos los servicios de teleodontología de la misma manera que los servicios prestados en una visita en el consultorio.

Limitaciones para los beneficios pediátricos (menores de 19 años)

(1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento que se da habitualmente según los estándares aceptados de la práctica dental se denominan “Servicios opcionales”. Los servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar.

Si un miembro recibe servicios opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo que significa que basaremos los beneficios en el costo más bajo del servicio habitual o la práctica

estándar en lugar del costo más alto del servicio opcional. El miembro será responsable de la diferencia entre el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o procedimiento estándar.

(2) Los reclamos se procesarán de acuerdo con nuestras políticas de procesamiento estándar. Las políticas de procesamiento pueden revisarse de vez en cuando; Por lo tanto, utilizaremos las políticas de procesamiento que estén vigentes en el momento en que se procese el reclamo. Podemos utilizar dentistas (consultores dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y para determinar si el tratamiento tiene un pronóstico favorable.

(3) Si un procedimiento dental primario incluye procedimientos que forman parte de este y se hacen al mismo tiempo que el procedimiento primario, dichos procedimientos se consideran parte del procedimiento primario para determinar el beneficio pagadero conforme a este Contrato. Si el proveedor factura por separado el procedimiento primario y cada uno de sus componentes, el beneficio total pagadero por todos los cargos relacionados se limitará al beneficio máximo pagadero por el procedimiento primario.

(4) Limitaciones de examen y limpieza:

a) Pagaremos los exámenes bucales (excepto los exámenes fuera del horario de atención y los exámenes de observación) y las limpiezas de rutina, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (o cualquier combinación de estos procedimientos), como máximo una vez cada seis (6) meses. El mantenimiento periodontal se limita a cuatro (4) veces en un período de 12 meses. Hasta cuatro (4) procedimientos de mantenimiento periodontal y hasta dos (2) limpiezas de rutina, incluyendo el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (o cualquier combinación de las mismas) que no excedan los cuatro (4) procedimientos en un período de 12 meses. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

b) Se permite un desbridamiento bucal completo una vez en la vida, únicamente si el Miembro no tiene antecedentes de profilaxis, raspado y alisado radicular, cirugía periodontal ni procedimientos de mantenimiento periodontal dentro de los tres años anteriores. Este procedimiento contará dentro de la frecuencia permitida de limpiezas del año correspondiente.

c) El mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como un beneficio básico. Las limpiezas de rutina, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, están cubiertas como un beneficio diagnóstico y preventivo. El mantenimiento periodontal solo está cubierto si se realiza tras una terapia periodontal activa.

d) Las evaluaciones del riesgo de caries están permitidas una vez cada doce (12) meses.

e) El desbridamiento bucal completo no está permitido cuando lo realiza el mismo dentista o consultorio dental el mismo día que los procedimientos de evaluación.

(5) La aplicación de medicamentos anticaries se limita a dos veces por diente por año calendario.

(6) Limitaciones de radiografías:

a) Limitaremos la cantidad total reembolsable al cargo aceptado por el proveedor para una serie intraoral completa cuando los cargos por cualquier combinación de radiografías intraorales en una misma serie de tratamiento igualen o superen dicho cargo.

b) Cuando se presente una radiografía panorámica con radiografías complementarias, limitaremos la cantidad total reembolsable al cargo aceptado por el proveedor por una serie intraoral completa.

c) Si se realiza una radiografía panorámica junto con una serie intraoral completa, consideramos que la radiografía panorámica está incluida en dicha serie completa.

d) La serie intraoral completa y la radiografía panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses.

e) Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a una vez cada seis (6) meses. Las aletas de mordida de cualquier tipo no se pueden facturar al Miembro ni a nosotros dentro de los 12 meses posteriores a una serie de boca completa, salvo que existan circunstancias especiales que lo justifiquen.

f) Los procedimientos de captura de imágenes no se consideran servicios reembolsables por separado.

(7) El cargo por las pruebas de vitalidad pulpar se incluye en el cargo de cualquier tratamiento definitivo que se haga en la misma fecha.

(8) La aplicación tópica de soluciones de fluoruro se limita a dos veces en un período de 12 meses.

(9) Un mantenedor de espacio tipo zapata distal, fijo y unilateral, se limita a niños de 8 años o menos y a una vez por cuadrante de por vida. Se puede permitir un mantenedor de espacio separado/adicional después de la extracción de una zapata distal unilateral. La remoción de un mantenedor de espacio fijo se considera incluida en el cargo para el mantenedor de espacio; sin embargo, se hace una excepción si la remoción la hace un proveedor/consultorio de proveedor diferente.

(10) Los selladores se limitan de la siguiente manera:

a) Una vez cada 36 meses en molares permanentes, siempre que no presenten caries ni restauraciones en la superficie oclusal.

b) La reparación o reemplazo de un sellador en cualquier diente, dentro de los 24 meses posteriores a su aplicación, está incluido en el cargo de la colocación original.

(11) Las restauraciones preventivas de resina en un paciente con riesgo moderado a alto de caries, en dientes permanentes, se limitan a una vez por diente cada 36 meses.

(12) Las consultas con especialistas cuentan para el límite de frecuencia de los exámenes bucales. Las evaluaciones de pacientes o las evaluaciones de pacientes informadas individualmente cuando están cubiertas se limitan a solo una en un período de 12 meses y se incluyen, si se informan, con cualquier otro examen en la misma fecha de servicio y consultorio del proveedor.

(13) No cubriremos el reemplazo de restauraciones de amalgama o de resina compuesta (empastes) en un plazo de 24 meses después del tratamiento si el servicio lo presta el mismo proveedor o consultorio del proveedor. Las coronas prefabricadas están limitadas a una vez por miembro por diente en cualquier período de 60 meses. Las restauraciones de reemplazo en los 24 meses están incluidas en el cargo de la restauración original.

(14) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten cuando el tratamiento definitivo no se haga en la misma fecha de servicio. El cargo de las restauraciones protectoras está incluido en el cargo de cualquier tratamiento definitivo hecho en la misma fecha.

(15) Las coronas prefabricadas de acero inoxidable se permiten en dientes de leche (deciduos) y dientes permanentes hasta los 14 años. Las restauraciones de reemplazo en los 24 meses están incluidas en el cargo de la restauración original.

(16) La pulpotomía terapéutica se limita únicamente a los dientes de leche (deciduos); se da una asignación para tratamiento paliativo de emergencia cuando se haga en dientes permanentes.

(17) La terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limita a una vez de por vida y a los incisivos primarios para miembros de hasta seis (6) años y a los molares y caninos primarios para miembros de hasta once (11) años. El retratamiento de la terapia de conducto radicular por el mismo proveedor/consultorio del proveedor en los 24 meses se considera parte del procedimiento original.

(18) La apexificación solo se cubre en dientes permanentes con desarrollo incompleto del conducto radicular o para reparar una perforación.

(19) El retratamiento de una cirugía apical por el mismo proveedor/consultorio del proveedor en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

(20) Los cargos por pines adicionales en el mismo diente y en la misma fecha se consideran parte de la colocación inicial del pin.

(21) El tratamiento paliativo se cubre por visita, no por diente, y el cargo por el tratamiento paliativo dado junto con cualquier procedimiento que no sean radiografías o determinados procedimientos de diagnóstico se considera incluido en el cargo del tratamiento definitivo.

(22) Limitaciones periodontales:

a) Los beneficios para el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses. En ausencia de documentación de respaldo, no se cubrirán más de dos cuadrantes de raspado y alisado radicular en la misma fecha de servicio. Consulte la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada treinta y seis (36) meses e incluye cualquier reintervención quirúrgica o raspado y alisado radicular realizado dentro de los 36 meses por el mismo dentista o consultorio dental.

c) Los servicios periodontales, incluidos los procedimientos de injerto, solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de cresta o implantes.

d) Los injertos óseos no se cubren si se realizan junto con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.

e) La cirugía periodontal está sujeta a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular en el mismo cuadrante.

f) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a un período de espera de 30 días tras el raspado y alisado radicular si los realiza el mismo consultorio dental.

g) Cuando los procedimientos de implantes están cubiertos, el raspado y el desbridamiento ante inflamación o mucositis en un solo implante —incluida la limpieza de su superficie, sin apertura ni cierre de colgajo— están cubiertos como Beneficio Básico y se limitan a una vez cada veinticuatro (24) meses.

(23) La recolección y aplicación de un producto concentrado de sangre autóloga se limitan a una vez cada 36 meses.

(24) Las coronas y las incrustaciones inlay/onlay se cubren como máximo una vez en cualquier período de 60 meses, excepto cuando determinemos que la corona o incrustación inlay/onlay existente no es satisfactoria y no se puede hacer satisfactoria porque el diente afectado ha sufrido una pérdida considerable o cambios en la estructura dental o los tejidos de soporte. Los servicios solo se permitirán en dientes que estén maduros en desarrollo.

(25) La reconstrucción del muñón, incluidos los pines, se cubre como máximo una vez en cualquier período de 60 meses.

(26) El poste y muñón prefabricado, además de la corona, se cubre una vez por diente en cada período de 60 meses.

(27) La infiltración de resina de lesiones incipientes de superficies lisas se cubre una vez en cualquier período de 36 meses.

(28) Cuando se permita en un plazo de seis (6) meses después de una restauración, el beneficio de una corona, incrustación inlay/onlay o servicio de prostodoncia fija se reducirá por el beneficio pagado por la restauración.

(29) Los aparatos de prostodoncia, implantes o prótesis sobre implantes (excepto las dentaduras postizas removibles sobre implantes/pilares) que se hayan dado conforme a cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán únicamente después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando determinemos que existe una pérdida tan considerable de los dientes restantes o un cambio en el tejido de soporte que el puente fijo o la dentadura postiza existente no se pueda hacer satisfactoria. El reemplazo de un aparato de prostodoncia o prótesis soportada por implantes que no se proporcione bajo un programa de Delta Dental se hará si determinamos que no es satisfactorio y no se puede hacer satisfactorio. Los servicios solo se permitirán en dientes que estén maduros en desarrollo. Las ayudas para el diagnóstico y el tratamiento de los implantes se consideran parte y se incluyen en los honorarios del tratamiento definitivo. Nuestro pago por la extracción de implantes se limita a uno (1) por cada implante en un período de 60 meses, ya sea que se proporcione bajo Delta Dental o cualquier otro plan de atención dental.

(30) El desbridamiento o contorneado óseo de uno o más defectos periimplantarios alrededor de un solo implante, incluida la limpieza de la superficie expuesta del implante y la apertura y el cierre del colgajo, se permite una vez en cada período de 60 meses.

(31) Un implante es un procedimiento cubierto por el plan solo si se determina que es una necesidad dental. Si un arco se puede restaurar con una prótesis o restauración estándar, no se permitirán beneficios para el implante individual o los procedimientos de implante. Solo la segunda fase del tratamiento (la fase de prostodoncia y colocación de la corona del implante, la dentadura postiza del puente o la dentadura postiza parcial) puede estar sujeta a la disposición de beneficios alternativos del plan.

(32) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible en la misma arcada durante el mismo episodio de tratamiento, solo se cubrirá la dentadura postiza parcial.

(33) La recementación de coronas, incrustaciones inlay/onlay o puentes se incluye en el cargo de la corona, incrustación inlay/onlay o puente cuando la haga el mismo proveedor/consultorio del proveedor en un plazo de seis (6) meses después de la colocación inicial.

(34) La colocación inicial de un aparato de prostodoncia o implante no es un beneficio, a menos que el aparato de prostodoncia, implante, puente o dentadura postiza sea necesario debido a la extracción de dientes naturales permanentes ocurrida mientras el miembro tenía cobertura de un plan de Delta Dental.

(35) Limitamos el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los porcentajes de copago del miembro). Una dentadura postiza estándar significa un aparato removible para reemplazar los dientes permanentes naturales faltantes que está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye atención de rutina posterior al parto, incluyendo los ajustes y rebases durante los primeros seis (6) meses después de la colocación.

a) El rebase de dentadura postiza está limitado a uno (1) por arco en un período de treinta y seis (36) meses e incluye cualquier rebase o ajuste durante los seis (6) meses posteriores a la colocación.

b) Las dentaduras postizas, las dentaduras parciales removibles y los rebases incluyen ajustes durante los seis (6) meses posteriores a su colocación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o rebase, el rebase se limita a uno (1) por arco en un período de 36 meses. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales removibles inmediatas incluyen ajustes durante tres (3) meses después de la instalación. Después de los tres (3) meses iniciales de un ajuste o rebase, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en un año calendario y el revestimiento se limita a uno (1) por arco en un período de 36 meses.

c) El acondicionamiento de tejidos no se permite como beneficio separado si se hace el mismo día que un revestimiento o un rebase de dentadura postiza.

(36) Los protectores oclusales se cubren con informe para miembros de 13 años o más cuando el propósito del protector oclusal sea tratar el bruxismo u otros diagnósticos distintos de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJD). Los protectores oclusales están limitados a uno (1) por período de 12 meses consecutivos. No cubriremos la reparación o reemplazo de ningún aparato para protector nocturno/protector oclusal. El ajuste de una

protección oclusal se permite una vez cada 12 meses después de los seis meses posteriores a la colocación inicial.

(37) Limitaciones en los servicios de ortodoncia:

a) Los servicios se limitan a tratamientos de ortodoncia médicamente necesarios cuando los preste un proveedor. El tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental solo cuando es médicamente necesario, como lo demuestra una maloclusión con discapacidad severa y cuando se obtiene una autorización previa.

b) Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio únicamente cuando los moldes de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el Índice de Desviación Labio-Lingual (HLD) por Discapacidad, o cuando se presenta alguna de las condiciones de calificación automática que se enumeran a continuación.

c) Las condiciones de calificación automática son:

i) Deformidad del paladar hendido. Si la deformidad del paladar hendido no es visible en los modelos de diagnóstico, deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, junto con la solicitud de autorización previa.

ii) Una sobremordida profunda en la que los incisivos inferiores están lesionando el tejido blando del paladar.

iii) Una mordida cruzada de dientes anteriores individuales que cause destrucción de tejido blando.

iv) Desviación traumática grave.

d) El proveedor debe presentar la siguiente documentación junto con la solicitud de autorización previa de los servicios:

i) Formulario de reclamación ADA 2006 o posterior, con el(los) código(s) del servicio solicitado(s).

ii) Modelos de estudio de diagnóstico (recortados) con registro de mordida; o su equivalente en OrthoCad.

iii) Imagen radiográfica cefalométrica o imagen radiográfica panorámica.

iv) Hoja de puntuación HLD completada y firmada por el ortodoncista; y

v) Plan de tratamiento.

e) Las coberturas para los procedimientos de tratamiento de ortodoncia integral (D8080, D8090) incluyen todos los aparatos, ajustes, colocación, retiro y estabilización posterior al tratamiento (retención). No se permite ningún cargo adicional al Miembro.

f) El tratamiento de ortodoncia integral incluye el reemplazo, reparación y retiro de brackets, bandas y arcos por parte del proveedor original.

g) Los procedimientos de ortodoncia se cubren como beneficio para casos de maloclusión incapacitante, paladar hendido y manejo del crecimiento facial médicamente necesarios, en miembros menores de 19 años, y deben tener autorización previa.

h) Solo se considerarán para maloclusión incapacitante médicamente necesaria los casos con dentición permanente, salvo que el miembro tenga 13 años o más y aún presente dientes primarios. Los casos de paladar hendido y anomalía craneofacial son un beneficio para las denticiones primarias, mixtas y permanentes. Las anomalías craneofaciales se tratan mediante el control del crecimiento facial.

i) Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento de ortodoncia deberán completarse antes de considerar dicho tratamiento.

j) Cuando se usen aparatos o procedimientos de ortodoncia especializados elegidos por motivos estéticos, daremos una asignación equivalente al costo de un tratamiento de ortodoncia estándar. El miembro es responsable de la diferencia entre la asignación hecha para el tratamiento de ortodoncia estándar y el cargo del dentista por el aparato o procedimiento de ortodoncia especializado.

k) La reparación o el reemplazo de un aparato de ortodoncia colocado bajo este plan dental que haya sido dañado, perdido, robado o extraviado no está cubierto.

l) La ortodoncia, incluidas las evaluaciones bucales y todo el tratamiento, deberá ser realizada por un dentista con licencia o por su personal supervisado, actuando dentro del marco legal aplicable. El dentista registrado debe realizar una evaluación clínica presencial del paciente (o el equivalente por telesalud cuando la legislación vigente lo requiera como alternativa para ser reembolsado) a fin de establecer la necesidad de tratamiento de ortodoncia, y contar con información diagnóstica adecuada, incluidas imágenes radiográficas apropiadas, para desarrollar un plan de tratamiento correcto. Los tratamientos de ortodoncia autoadministrados (o cualquier modalidad de "hágalo usted mismo") no están cubiertos.

m) La remoción de aparatos de ortodoncia fijos por motivos distintos a la finalización del tratamiento no constituye un beneficio cubierto.

Exclusiones para beneficios pediátricos (menores de 19 años)

No pagamos beneficios por:

(1) Servicios que no sean beneficios médicos esenciales.

(2) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador; servicios recibidos sin costo de cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por ley.

(3) Cirugía cosmética o procedimientos por razones puramente cosméticas.

(4) Prótesis maxilofaciales.

(5) Restauraciones provisionales o temporales (excepto una dentadura postiza parcial removible provisional para reemplazar dientes permanentes anteriores extraídos durante el período de cicatrización en niños de 16 años o menos). Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos pagaderos por separado y están incluidos en el cargo por el servicio completado.

(6) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidas, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes), excepto los servicios que se presten a niños por defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente.

(7) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión, o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes desalineados o problemas de oclusión. Los ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, férula periodontal o ajustes oclusales completos.

(8) Cualquier procedimiento individual dado antes de la fecha en que el miembro pasó a ser elegible para recibir servicios conforme a este plan.

(9) Medicamentos con receta, fármacos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.

(10) Injertos extraorales (injertos de tejidos de fuera de la boca en tejidos bucales).

(11) coronas procesadas en laboratorio para dientes que no hayan alcanzado la madurez de desarrollo.

(12) Implantes endoóseos endodónticos.

(13) Incrustaciones inlay/onlay de resina fabricadas indirectamente.

(14) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el proveedor por el tratamiento en cualquiera de dichos centros.

(15) Tratamiento dado por alguien que no sea un proveedor o una persona que, por ley, pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.

(16) Los cargos incurridos por instrucción sobre higiene bucal, un programa de control de placa, programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención en casa, instrucción sobre alimentación, duplicados de radiografías, examen médico para detectar cáncer, orientación sobre el consumo de tabaco o citas incumplidas no son procedimientos pagaderos por separado.

(17) Servicios administrativos de la práctica dental, incluidos, entre otros, la preparación de reclamos, cualquier fase de la odontología que no sea de tratamiento, como mantener un entorno antiséptico, esterilizar el equipo o controlar infecciones, o cualquier material auxiliar usado durante el tratamiento habitual, como hisopos de algodón, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación, como la música.

(18) Procedimientos con un pronóstico dudoso según la revisión profesional de la documentación presentada por un consultor dental.

(19) Cualquier impuesto que imponga (o cobre) un gobierno, estado u otra entidad en relación con cualquier cargo por los beneficios dados conforme al Contrato será responsabilidad del miembro y no será un beneficio cubierto.

(20) Deducibles o cualquier servicio que no esté cubierto conforme al plan dental.

(21) Servicios cubiertos conforme al plan dental que superen las limitaciones de beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en que se procese el reclamo.

(22) La colocación inicial de cualquier aparato de prostodoncia o implante, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes naturales permanentes extraídos mientras el miembro esté cubierto conforme al Contrato o haya estado cubierto conforme a cualquier plan de atención dental de Delta Dental. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará bajo lo anterior. Cualquier dentadura postiza o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos.

(23) Servicios para cualquier trastorno de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ) o de los músculos, nervios y otros tejidos relacionados.

(24) Servicios de tratamiento de ortodoncia (tratamiento de la maloclusión de los dientes o las mandíbulas), excepto los tratamientos de ortodoncia médicamente necesarios para los que se obtenga autorización previa.

(25) Citas incumplidas o canceladas.

(26) Las medidas tomadas para programar las citas de los pacientes y garantizar su cumplimiento forman parte de las operaciones del consultorio y no son un servicio que se pague por separado.

(27) Los cargos por coordinación de la atención se consideran incluidos en el manejo general del paciente y no son un servicio que se pague por separado.

(28) Manejo de casos dentales, entrevistas motivacionales y educación del paciente para mejorar los conocimientos sobre salud bucal.

(29) Procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento dental.

(30) Imagen radiográfica extraoral de proyección 2D e imagen radiográfica dental posterior extraoral.

(31) Pruebas de diabetes.

(32) Corticotomía (procedimiento especializado de cirugía bucal relacionado con la ortodoncia).

(33) Pruebas de antígenos o anticuerpos.

(34) Orientación para el control y la prevención de efectos adversos en la salud bucal, conductual y sistémica relacionados con el consumo de sustancias de alto riesgo.

Servicios de diabetes

Cuando se usa para tratar la diabetes insulinodependiente, la diabetes no insulinodependiente o los niveles altos de glucosa en sangre inducidos por el embarazo, u otra condición médica asociada con niveles elevados de glucosa en sangre, el plan cubrirá los siguientes servicios y suministros médicamente necesarios:

- Monitores de glucosa en sangre, incluyendo los de ciegos legales, y tiras reactivas;
- Kits de emergencia de glucagón;
- Insulina, análogos de insulina, bombas de insulina y accesorios asociados;

- Agentes orales prescriptivos y agentes orales no prescriptivos para controlar los niveles de azúcar en sangre;
- Ayudas inyectables, incluidas las adaptables para cumplir las necesidades de los ciegos legales;
- Lancetas y dispositivos de lanceta.

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

- Visitas médicas y atención de seguimiento después del diagnóstico.
- Capacitación en autocontrol, incluida la terapia nutricional médica relacionada con el control de la diabetes;
- Visitas médicamente necesarias tras el diagnóstico de diabetes; visitas después de un diagnóstico médico que representa un cambio significativo en el paciente; y visitas para reeducación;
- Jeringas; y
- Lectura visual de tiras de orina y cetonas.

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

El plan evaluará si se necesitan cambios en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* o en el Contrato cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) apruebe equipos nuevos o mejorados. Esto puede incluir aparatos nuevos o mejorados, medicamentos con receta, insulina o suministros para diabéticos. 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 treinta (30) días. Los resurtidos de emergencia de insulina y equipo relacionado con la insulina están cubiertos de la misma manera que los resurtidos que no son de emergencia. Comuníquese con el plan o visite nuestro sitio web www.christushealthplan.org para obtener información actualizada.

Servicios de diagnóstico

Las pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico son un servicio cubierto cuando es médicamente necesario y se proporcionan bajo la dirección de su proveedor; incluyendo, pero no limitado a:

- Análisis de sangre;
- Urinálisis;
- Pruebas de patología;
- Radiografías, ultrasonidos y otros estudios de imágenes;
- Electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG) y otros procedimientos de diagnóstico electrónico; y
- Tc; Exploraciones PET; resonancias magnéticas; y colonoscopias por tomografía computarizada (colonoscopias virtuales)
- Pruebas de biomarcadores
    - Se da cobertura para pruebas de biomarcadores para el diagnóstico, tratamiento, manejo o prevención de una enfermedad o condición, cuando estén respaldadas por la necesidad médica y por evidencia médica y científica:

- una indicación incluida en la etiqueta de una prueba aprobada o autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
- una prueba indicada para un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos;
- una determinación de cobertura nacional de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o una determinación de cobertura local de un contratista administrativo de Medicare;
- directrices de práctica clínica reconocidas a nivel nacional; o

declaraciones de consenso.

Algunos servicios de diagnóstico necesitan autorización previa. Consulte la sección Autorización previa para obtener más información. Daremos cobertura para estos servicios de diagnóstico de una manera que limite la interrupción de la atención, incluida la limitación de la cantidad de biopsias y muestras biológicas.

Equipos médicos duraderos, aparatos ortopédicos, dispositivos protésicos, reparación y Reemplazo de equipos médicos duraderos, prótesis y dispositivos ortopédicos y aparatos auditivos

Equipo médico duradero

El DME es un servicio cubierto cuando es médicamente necesario y está preautorizado por el plan cuando corresponda. El equipo debe ser necesario para el caso o el estado médico de una persona.

La cobertura incluye el alquiler o la compra de DME, a nuestra elección. Los ejemplos de DME incluyen, entre otros:

- Muletas;
- Camas de hospital;
- Equipos de oxígeno;
- Ruedas; y
- Andaderas.

Además de ser médicamente necesario y preautorizado por el Plan, el equipo médico duradero debe cumplir los siguientes criterios:

- Ser capaz de soportar el uso repetido;
- Ser reutilizable por otras personas;
- Ser utilizado para servir a un propósito médico; y
- El equipo generalmente no es útil para una persona que no está enferma o lesionada.

Existen algunas exclusiones y limitaciones para la cobertura de DME:

- La cobertura de DME es solo para equipos médicamente apropiados y no incluye características especiales, actualizaciones o accesorios de equipos a menos que sea médicamente necesario.

- El plan cubrirá el alquiler o la compra de DME médicamente necesario, incluida la reparación y el ajuste de DME. No cubriremos reparaciones que excedan el precio de compra.
- La reparación o el reemplazo del DME están cubiertos si es médicamente necesario, según lo determinemos nosotros, o debido a un cambio en la condición física o médica del miembro. Es posible que esté cubierta la reparación de DME o dispositivos protésicos u ortopédicos que anteriormente eran propiedad del miembro y no se le suministraron mediante el plan, excepto según lo que se define en suministros y tratamiento para la diabetes. La cobertura de estas reparaciones quedará a nuestra discreción.
- El plan sigue las directrices establecidas por Medicare durante la vida útil del DME. Se espera que el equipo dure al menos cinco (5) años;
- El reemplazo debido a pérdida, robo, mal uso, abuso o destrucción no está cubierto. El plan tampoco cubrirá el reemplazo en los casos en que el paciente venda o regale indebidamente el equipo;
- El plan no cubre el reemplazo de DME únicamente por vencimiento de la garantía o por la disponibilidad de nuevos equipos mejorados. El plan no cubre DME duplicados o adicionales con el fin de dar comodidad, conveniencia o viaje a los miembros.

Aparatos ortopédicos
Los aparatos ortopédicos están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Los aparatos ortopédicos incluyen aparatos ortopédicos y otros dispositivos externos que se utilizan para corregir una función corporal, incluida la deformidad del pie zambo. Los servicios profesionales relacionados con la adaptación y el uso de esos dispositivos serán iguales a la cobertura proporcionada por las leyes federales para el seguro médico para ancianos y discapacitados. Los aparatos ortopédicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Las plantillas ortopédicas para los pies o los aparatos para calzado no están cubiertas excepto para nuestros miembros con neuropatía diabética u otra neuropatía significativa. Las ortesis de rodilla-tobillo-pie (KAFO) y las órtesis de tobillo-pie (AFO) fabricadas a medida están cubiertas para nuestros miembros de acuerdo con las directrices reconocidas a nivel nacional.

Dispositivos protésicos
Las prótesis internas o los aparatos médicos están cubiertos cuando los ordena un médico y nosotros los autorizamos previamente cuando corresponde.

Un aparato protésico externo (EPA) está cubierto con autorización previa cuando es apropiado y médicamente necesario para el caso o el estado médico de una persona. Los aparatos protésicos externos son sustitutos artificiales que se usan o se adhieren al exterior del cuerpo; se utilizan para reemplazar una parte faltante (como la pierna, el brazo o la mano); o son necesarios para aliviar o corregir una enfermedad, lesión o defecto congénito. Cubriremos la EPA que es necesaria para hacer las actividades ordinarias de la vida diaria. Los aparatos ortopédicos se consideran EPA. (Esto no incluye aparatos de ortodoncia).

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

- El plan cubre la EPA para ambulatorios K1-3. La EPA para ambulatorios de nivel 0 o nivel 4 no está cubierta.

- Este plan cubrirá el reemplazo de la EPA si es necesario debido al crecimiento normal del cuerpo o por cambios debido a enfermedades o lesiones.
- Seguimos las directrices de Medicare para determinar la vida útil de la EPA.
- El plan cubre la EPA prefabricada a menos que exista documentación clínica que respalde que la EPA personalizada es médicamente necesaria. Esto incluye actualizaciones o accesorios que no tienen un propósito terapéutico.
- La EPA con el fin de poder participar en actividades recreativas o de ocio no está cubierta.
- La EPA con el fin de poder practicar un deporte no está cubierta.
- La reparación o el reemplazo de la EPA están cubiertos si es médicamente necesario según lo determine el Plan.
- La reparación o el reemplazo de la EPA no están cubiertos si se deben a pérdida, robo o destrucción.
- El plan no cubre EPA duplicados o adicionales para su conveniencia o comodidad.
- 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.

Dispositivos médicos implantados
El plan cubre los dispositivos médicos implantados cuando sea médicamente necesario y lo solicite un proveedor participante. Estos dispositivos incluyen, entre otros, marcapasos, articulaciones artificiales de cadera, implantes cocleares y stents cardíacos. La cobertura consiste en ayudas internas permanentes o temporales y soportes para partes defectuosas del cuerpo. También cubriremos el costo de las reparaciones o el mantenimiento de los electrodomésticos cubiertos. Los servicios generalmente necesitan autorización previa; consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Aparatos auditivos
El Plan cubre aparatos auditivos y ciertos servicios relacionados. Los servicios incluyen cargos por ajuste y suministro; y moldes para los oídos, según sea necesario, para mantener un ajuste óptimo de los aparatos auditivos; cualquier tratamiento relacionado con aparatos auditivos, incluida la cobertura de habilitación y rehabilitación según sea necesario para obtener beneficios educativos. Audífono significa equipo médico duradero que tiene un diseño y circuitos para optimizar la audibilidad y las habilidades auditivas. Los servicios los debe proporcionar un audiólogo, dispensador de audífonos o médico. Este beneficio está limitado a un audífono en cada oído cada tres años hasta un máximo de $2000 por dispositivo. Si su audífono excede el máximo de $2000 por dispositivo, no negaremos su reclamo, simplemente pagará la diferencia de costo.

Los implantes cocleares necesarios desde el punto de vista médico o auditivo para cada oído con reemplazo interno están cubiertos por este plan para personas de dieciocho (18) años o menos. Los servicios incluyen servicios de adaptación y dispensación, tratamiento para habilitación y rehabilitación, y procesador y controlador de voz externo con el componente necesario y reemplazo cada tres años.

Trastornos genéticos por errores congénitos del metabolismo (IEM)
Un error congénito genético del metabolismo es un trastorno hereditario raro que provoca problemas metabólicos. Está presente al nacer y puede provocar la muerte si no se trata. La mayoría de las personas con trastornos metabólicos hereditarios tienen un gen defectuoso que resulta en una deficiencia enzimática. Hay muchos trastornos metabólicos diferentes, pero cada trastorno suele ser raro en la población general.

Los servicios cubiertos para los errores genéticos congénitos del metabolismo incluyen los tratamientos que involucran el metabolismo de aminoácidos, carbohidratos y grasas para los que existen métodos médicamente estándar de diagnóstico, tratamiento y monitoreo. Dichos tratamientos incluyen dietas especiales que eliminan o reemplazan ciertos nutrientes, tomar reemplazos de enzimas u otros suplementos para apoyar el metabolismo, tratar la sangre para eliminar productos tóxicos del metabolismo, servicios clínicos, análisis bioquímicos, suministros médicos, medicamentos con receta y lentes correctivos para condiciones relacionadas con el error genético congénito del metabolismo. Un error congénito del metabolismo no es solo alergia o intolerancia a ciertos alimentos, como la intolerancia a la lactosa o la sensibilidad al gluten. Los servicios cubiertos bajo esta sección deben ser realizados por proveedores con capacitación específica en el manejo de pacientes diagnosticados con errores congénitos genéticos del metabolismo que diagnostican, monitorean y controlan los trastornos mediante evaluación nutricional y médica.

Alimentos médicos especiales para errores genéticos congénitos del metabolismo
El Plan cubrirá alimentos médicos especiales, como fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula. Un plan de beneficios médicos debe dar cobertura, según lo dispuesto en este capítulo, para fórmulas elementales a base de aminoácidos, independientemente del método de administración de la fórmula, que se usen para el diagnóstico y tratamiento de:

- alergias a múltiples proteínas alimentarias mediadas por inmunoglobulina E y no mediadas por inmunoglobulina E;
- síndrome de enterocolitis grave inducida por proteínas alimentarias;
- trastornos eosinofílicos, según lo demuestren los resultados de una biopsia; y
- absorción deficiente de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

La cobertura está sujeta a los deducibles, porcentajes de copago y copagos aplicables para productos alimenticios bajos en proteínas destinados al tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias, si dichos productos son médicamente necesarios y, si corresponde, se obtienen de una fuente aprobada por el emisor del seguro médico, siempre que no se deniegue la cobertura si el emisor del seguro médico no aprueba una fuente.

El Plan da cobertura en condiciones no menos favorables que aquellas en las que el Plan cubre los medicamentos con receta, otros fármacos y servicios relacionados, y en la misma medida en que el Plan da cobertura para medicamentos que solo están disponibles por indicación de un médico.

Servicios de habilitación
Los servicios de habilitación ayudan a una persona a mantener, aprender o mejorar las habilidades y funciones requeridas para la vida diaria. Tales funciones pueden incluir comer y bañarse. El plan cubre servicios de habilitación como fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y el lenguaje y otros servicios para personas con discapacidades.

Servicios de atención médica domiciliaria
Los servicios médicos en el hogar médicamente necesarios están cubiertos bajo ciertas condiciones. Los servicios médicos en el hogar deben proporcionarse en base a la certificación de un médico de atención directa de que se requeriría hospitalización o confinamiento en un centro especializado si no se proporciona un plan de tratamiento para la atención domiciliaria. Los servicios los debe proporcionar un proveedor autorizado y calificado. La cobertura es limitada bajo este Plan. Hay un límite de sesenta (60) visitas médicas en el hogar por miembro durante un año calendario. Revise su *Programa de beneficios* para obtener más detalles.

Los servicios médicos en el hogar pueden incluir:

- Visitas de enfermeros profesionales, incluyendo, entre otros, enfermeros registrados, enfermeros profesionales con autorización y otros profesionales de la salud participantes, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y respiratorios, patólogos del habla, asistentes de atención médica en casa, trabajadores sociales y dietistas;
- La administración o el uso de suministros médicos consumibles y DME del personal profesional durante una visita médica domiciliaria autorizada;
- Terapia de infusión en el hogar;
- Medicamentos cubiertos y medicamentos con receta por un proveedor participante durante la duración de los servicios médicos en el hogar; y
- Enfermería privada para servicios de atención prolongada.

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

Servicios del hospital para pacientes hospitalizados
El plan cubre los servicios del hospital para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesario. Los servicios incluyen el tratamiento y la evaluación de condiciones para las cuales la atención ambulatoria no sería apropiada.

Los servicios del hospital para pacientes hospitalizados incluyen:

- Alojamiento y comida semiprivados;
- Uso de los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos;
- Medicamentos, fármacos, productos biológicos y quimioterapia aprobados por la FDA;
- Comidas;
- Dieta especial y suplementos nutricionales médicamente necesarios;
- Apósitos y yesos;
- Atención de enfermería general médicamente necesaria y enfermería de servicio especial;
- El uso del quirófano y las instalaciones relacionadas;

- Sangre total y sangre, incluyendo el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que no son reemplazados por o para el Miembro;
- Administración de sangre total y plasma sanguíneo;
- Rayos X, laboratorio y otros servicios de diagnóstico;
- Servicios de anestesia y oxígeno;
- Terapia inhalatoria (terapia respiratoria);
- Enfermería privada cuando sea médicamente necesario,
- Radioterapia;
- Terapia de células T con receptor de antígeno quimérico que sea médicamente necesaria, esté aprobada por la FDA y se administre en un centro de atención médica de la red calificado y certificado; y
- Servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un hospital de atención aguda.

Los servicios del hospital para pacientes hospitalizados necesitan autorización previa; consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Atención aguda de largo plazo para pacientes hospitalizados
El plan cubre hospitalizaciones por cuidados agudos de largo plazo (LTAC) cuando sea médicamente necesario. Los hospitales LTAC dan atención a los miembros que necesitan atención hospitalaria de largo plazo debido a condiciones complejas que no se pueden tratar en un centro con un nivel de atención más bajo. LTAC puede incluir atención pulmonar, cuidado avanzado de heridas y servicios de cuidados críticos.

Los servicios que están cubiertos por el plan incluyen:
- Pruebas de laboratorio;
- Terapia respiratoria;
- Tres o más antibióticos intravenosos, otros medicamentos intravenosos, NPT y líquidos intravenosos;
- Manejo del dolor;
- Rehabilitación limitada, incluida la terapia física, ocupacional, cognitiva y del habla;
- Controles frecuentes de signos vitales, signos neurológicos o vasculares;
- Monitorización cardíaca;
- Monitoreo de medicamentos;
- Gestión de la nutrición;
- Gestión de líquidos, ingesta y salida, y pesos diarios; y
- Educación para el paciente, la familia o los cuidadores del paciente.

Los servicios del hospital de cuidados agudos de largo plazo para pacientes hospitalizados necesitan autorización previa; consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Servicios de atención médica para pacientes hospitalizados
El plan cubre los servicios para pacientes hospitalizados proporcionados por médicos u otros profesionales de la salud. Estos servicios deben ser médicamente necesarios. Los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados incluyen servicios prestados, recetados o supervisados por médicos u otros profesionales de la salud, que incluyen:

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

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

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

- Alojamiento y comida semiprivados;
- Servicios prestados por un médico;
- Servicios de enfermería especializada;
- Servicios de terapia especializada (PT/OT/ST);
- Servicios de equipo multidisciplinario (dietista, servicios de RSU);
- Medicamentos, biológicos, fluidos;
- Comidas, incluida la dieta médicamente necesaria y los suplementos nutricionales;
- Rayos X, laboratorio y otros servicios de diagnóstico; y
- Oxigenoterapia e inhalatoria (terapia respiratoria).

Los servicios de rehabilitación para pacientes hospitalizados necesitan autorización previa, consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Oxigenoterapia hiperbárica
La terapia de oxígeno hiperbárico es un beneficio cubierto solo si la terapia se propone para una condición reconocida como una de las indicaciones aceptadas según lo definido por el Comité de Terapia de Oxígeno Hiperbárico de la Sociedad Médica Submarina e Hiperbárica (UHMS). La oxigenoterapia hiperbárica está excluida para cualquier otra condición. La terapia de oxígeno hiperbárico necesita autorización previa y los servicios los debe proporcionar un proveedor participante para estar cubiertos.

Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, servicios de alcoholismo y abuso 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 abuso de alcohol y sustancias
Este plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del abuso de sustancias, que incluye los trastornos por abuso de alcohol y drogas en un entorno hospitalario y ambulatorio.

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización para desintoxicación por abuso de alcohol y sustancias, hospitalización parcial. La rehabilitación no incluye centros de tratamiento residencial u otras instalaciones que utilizan un modelo social para dar 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, así como 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 y terapia electroconvulsiva (ECT). Los servicios para pacientes hospitalizados y ECT necesitan autorización previa y los debe 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 (ECT) y manejo de medicamentos. Todos los servicios los debe proporcionar un proveedor autorizado y calificado.

Apoyo nutricional y suplementos
Este plan cubrirá los siguientes suplementos nutricionales recetados por un proveedor autorizado y calificado:

- Suplementos nutricionales para la atención prenatal de una miembro embarazada;
- Suplementos nutricionales cuando sea médicamente necesario para reemplazar una deficiencia documentada específica;
- Suplementos nutricionales cuando sea médicamente necesario y administrados por inyección en el consultorio del proveedor;
- Fórmulas o productos enterales, como soporte nutricional, cuando se administran por sonda enteral;
- Nutrición parental total (TPN) mediante catéteres intravenosos mediante venas centrales o periféricas; y
- Comida médica especial como se lista en la sección Beneficio IEM de este contrato.

Algunos apoyos nutricionales y suplementos necesitan autorización previa; consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

Evaluación nutricional
El plan cubre evaluaciones dietéticas y consejería para el manejo médico de una enfermedad documentada. Esto incluye la cobertura de la obesidad. Estos servicios deben obtenerse de un proveedor autorizado y calificado o de un dietista registrado. Consulte la sección de exclusiones de este Contrato para obtener más detalles.

Medicamentos orales contra el cáncer
El plan cubre un medicamento contra el cáncer recetado y administrado por vía oral que se usa para matar o retrasar el crecimiento de células cancerosas con los mismos términos de cobertura que los medicamentos contra el cáncer administrados por vía intravenosa o inyectados que son servicios cubiertos. Se requiere autorización previa.

Servicios médicos ambulatorios
El Plan cubre procedimientos quirúrgicos ambulatorios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria. Estos servicios deben ser médicamente necesarios y recetados por su proveedor de atención primaria o profesional de atención médica tratante. Los servicios se pueden proporcionar en un hospital; un consultorio médico; o cualquier otro centro autorizado y adecuado. El proveedor que presta los servicios debe tener licencia para ejercer; y debe ejercer bajo la autoridad del plan de atención médica, un grupo médico, una asociación de práctica independiente u otra autoridad según corresponda según la ley de Texas.

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios o hospitalarios pueden incluir:

- Servicios prestados por médicos de atención primaria y médicos especialistas;
- Servicios ambulatorios de otros proveedores;
- Servicios de diagnóstico, incluyendo servicios de laboratorio, imágenes y radiológicos;
- Servicios de radiología terapéutica;
- Servicios prenatales;
- Terapias de rehabilitación para pacientes ambulatorios, que incluyen fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional;
- Servicios médicos en el hogar, según lo prescrito o indicado por el médico responsable u otra autoridad designada por el Plan;
- Servicios preventivos exigidos por ley, incluidos ciertos exámenes médicos periódicos para adultos, vacunas para niños, atención preventiva infantil, exámenes médicos desde el nacimiento (el cargo por el examen médico para recién nacidos es de $68.63 por kit de recolección de muestras. Los proveedores o centros de atención médica compran los kits de recolección de muestras, que incluyen el costo de la prueba para los pacientes cubiertos), exámenes médicos para detectar cáncer relacionados con mamografías, cáncer de próstata o cáncer colorrectal, exámenes de la vista y los oídos para niños de hasta diecisiete (17) años y vacunas para adultos;
- Tratamiento para la PKU y otros trastornos genéticos;
- Visitas ambulatorias de salud mental;
- Servicios de emergencia;
- Servicios médicos y cirujanos;
- Pruebas de laboratorio de diagnóstico, radiografías y servicios de patología;
- Pruebas prequirúrgicas;

- Sangre completa, incluyendo el costo de la sangre, el plasma sanguíneo y los expansores de plasma sanguíneo que el inscrito no reemplaza;
- Administración de sangre, plasma sanguíneo y otros productos biológicos;
- Servicios de apósitos, yesos y bandejas estériles;
- Suministros médicos;
- Servicios del hospital para pacientes ambulatorios, incluyendo servicios de tratamiento, servicios de operación ambulatoria, servicios de diagnóstico (incluyendo servicios de laboratorio, radiología e imágenes); y
- Servicios de anestesia o anestesia.

Algunos servicios ambulatorios u hospitalarios para pacientes ambulatorios necesitan autorización previa; consulte la sección Autorización previa para obtener más información.

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

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

Tratamiento de la alergia
Se proporciona cobertura para consultas, pruebas, tratamiento e inyecciones de alergias de una alergia especialista o inmunólogo.

Segundas opiniones
Se pueden obtener segundas opiniones de proveedores participantes en la red sin necesidad de autorización previa. Si determinamos, en consulta con un proveedor participante, que no hay una segunda opinión disponible en la red, la cobertura se limita a una consulta fuera de la red por diagnóstico. Una segunda opinión fuera de la red necesita una autorización previa por nuestra parte.

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

El Plan aplicará cualquier pago de terceros, asistencia financiera, descuento, cupón de producto u otra reducción de los gastos de bolsillo que haga un inscrito o que se haga en su nombre por un medicamento con receta al deducible, copago, responsabilidad de costos compartidos o máximo de gastos de bolsillo del inscrito aplicable a los beneficios médicos conforme al Plan del inscrito.

Usamos una lista de medicamentos cubiertos (formulario), que están cubiertos por el Plan. La *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* incluye medicamentos para una variedad de estados de enfermedad y condiciones. Periódicamente, se revisa y actualiza la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* para garantizar que se utilicen las terapias farmacológicas más actuales y clínicamente apropiadas. Si hay alguna modificación de la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, el plan enviará a los miembros un aviso de sesenta (60) días. 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. A veces es médicamente necesario que un miembro use un medicamento que no está en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. Cuando esto ocurre, el médico que receta puede solicitar una excepción para la cobertura mediante el Centro de excepción de farmacia del plan. Además, algunos de los medicamentos de la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* pueden necesitar de una autorización previa, un requisito de terapia escalonada o pueden tener límites de cantidad antes de la cobertura. Consulte la sección Exclusiones para obtener más información sobre los medicamentos con receta que no están cubiertos. Si tiene preguntas sobre la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* o sobre sus beneficios de medicamentos con receta, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda. Puede encontrar información adicional sobre el costo compartido de sus medicamentos con receta, incluyendo los copagos, los límites de gastos de bolsillo, el programa de pedidos por correo, las limitaciones y las exclusiones, en el *Programa de beneficios*.

El protocolo de terapia escalonada cumple todos los requisitos obligatorios, incluyendo la comunicación del proceso para solicitudes de excepción y la información sobre sus derechos de apelación acelerada ante una determinación adversa y derechos de revisión externa para denegaciones de dichas solicitudes. No se aplican medicamentos con receta asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o condiciones relacionadas.

Algunos medicamentos con receta pueden limitarse a una farmacia especializada o a una farmacia específica según la aprobación de la FDA. Estos medicamentos se designarán en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* con dichas limitaciones.

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

Hay ciertos medicamentos que no están obligados a estar cubiertos por la ley. Estos medicamentos están relacionados con el tratamiento del cáncer, la diabetes y el abandono del tabaquismo. Consulte las secciones de este Contrato y su *Programa de beneficios* con respecto a estos medicamentos con receta cubiertos.

Debe pagar sus medicamentos con receta cubiertos de acuerdo con el menor de:

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

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

- No antes del vigésimo primer (21°) día después de la fecha en que se dispensa una receta para un suministro de gotas para los ojos para treinta (30) días;
- No antes del cuadragésimo segundo (42°) día después de la fecha en que se dispensa una receta para un suministro de gotas para los ojos para sesenta (60) días; o
- No antes del sexagésimo tercer (63°) día después de la fecha, se dispensa una receta para un suministro de noventa (90) días de gotas para los ojos.

Hemos establecido un plan de sincronización de medicamentos. Este es un plan establecido con el propósito de sincronizar el llenado o reabastecimiento de múltiples recetas.

Los medicamentos fuera de etiqueta son beneficios cubiertos cuando la Administración de Alimentos y Medicamentos los aprueba 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 médicamente necesario. Los medicamentos fuera de etiqueta no se denegarán únicamente sobre la base de que el medicamento no se incluya en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.
Si lo solicita, le proporcionaremos información sobre un medicamento con receta cubierto a usted o a su proveedor. La información proporcionada incluirá nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario) de medicamentos para el medicamento con receta y cualquier alternativa a esta.

No negaremos, retrasaremos ni restringiremos una solicitud de información de usted o su proveedor con respecto a sus medicamentos con receta. No se le impondrá ninguna penalización a usted o a su proveedor por información sobre medicamentos o por elegir un medicamento alternativo clínicamente apropiado.

Protocolo de terapia escalonada para medicamentos con receta para tratar enfermedades mentales graves
Esta sección se aplica solo a un medicamento con receta para el tratamiento de un diagnóstico de una enfermedad mental grave para miembros de 18 años de edad o más.

La cobertura de medicamentos con receta para tratar una enfermedad mental grave no requerirá que:

- no responda satisfactoriamente a más de un medicamento diferente por cada medicamento recetado, excluyendo el equivalente genérico o farmacéutico del medicamento recetado; o
- demuestre antecedentes de falta de respuesta a más de un medicamento diferente por cada medicamento recetado, excluyendo el equivalente genérico o farmacéutico del medicamento recetado.

Podemos implementar un protocolo de terapia escalonada para requerir una prueba de un equivalente genérico o farmacéutico de un medicamento con receta como condición para la cobertura continua del medicamento con receta únicamente:

- una vez en un año del plan; y
- si el medicamento genérico o farmacéutico equivalente se agrega a la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del Plan.

Medicamentos administrados por personal clínico

No lo haremos, para un inscrito con una condición médica crónica, compleja, rara o potencialmente mortal:

- exigir que los medicamentos administrados por personal clínico se surtan únicamente en ciertas farmacias o únicamente en farmacias que participan en nuestra red;
- si un medicamento administrado por personal clínico tiene cobertura en otros casos, limitar o excluir la cobertura de dichos medicamentos en función de la farmacia que usted elija o porque el medicamento no fue surtido por una farmacia que participa en nuestra red;
- exigir que un médico o proveedor de atención médica que participa en nuestra red facture o reciba reembolso por la entrega y administración de medicamentos administrados por personal clínico en virtud del beneficio de farmacia en lugar del beneficio médico sin tener:
    - el consentimiento informado por escrito del paciente; y
    - una certificación por escrito del médico o proveedor de atención médica del paciente que indique que una demora en la administración del medicamento no pondrá al paciente en mayor riesgo para la salud; o
- exigirle que pague un cargo adicional, un copago más alto, un porcentaje de copago más alto, un segundo copago, un segundo porcentaje de copago o cualquier otro aumento de precio por medicamentos administrados por un profesional médico según la farmacia que elija o porque el medicamento no haya sido suministrado por una farmacia que participe en nuestra red.

La sección de arriba solo se aplica si el médico o proveedor de atención médica del paciente determina que:

- un retraso en la atención haría probable la progresión de la enfermedad; o
- el uso de una farmacia dentro de la red del emisor del plan de beneficios médicos:
    - hacer probable la muerte o el daño al paciente;
    - potencialmente causar una barrera para su adherencia o cumplimiento del plan de atención; o
    - debido a la puntualidad de la entrega o los requisitos de dosificación, es necesario que la entrega se haga en una farmacia diferente.

Nada en esta sección puede interpretarse como:

- autorizar a una persona a administrar un medicamento cuando lo prohíban las leyes de este estado o ley federal; o
- modificar los requisitos de administración de medicamentos según las leyes de este estado, incluyendo los requisitos relacionados con la delegación y supervisión de la administración de medicamentos.

Cirugía reconstructiva
Este plan cubrirá los servicios médicamente necesarios para la operación de la cual se puede esperar razonablemente una mejora en la función fisiológica y se realiza para la corrección de trastornos funcionales resultantes de lesiones accidentales o de defectos o enfermedades congénitas. Los beneficios de la cirugía reconstructiva son limitados e incluyen:

- Tratamiento previsto para la corrección de defectos en una lesión accidental sufrida por el Miembro; o
- Tratamiento proporcionado para la cirugía reconstructiva después de la operación del cáncer; o
- Operación realizada en un niño recién nacido para el tratamiento o corrección de un defecto congénito; o
- Operación realizada en un hijo dependiente cubierto (que no sea un niño recién nacido) menor de diecinueve (19) años para el tratamiento o corrección de un defecto congénito que no sean condiciones de la mama; o
- Reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía; operación y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

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

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

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

- Alojamiento y comida semiprivados;
- Servicios de enfermería especializada y general;
- Visitas al médico;
- Terapia de rehabilitación limitada;
- Radiografías; y
- Administración de medicamentos, medicamentos, productos biológicos y líquidos cubiertos.

Orientación/programa para dejar de fumar
Servicios de diagnóstico y orientación para dejar de fumar, como se establece a continuación, y ciertos medicamentos para dejar de fumar como se establece en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.

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

La consejería grupal, incluidas las clases o una línea telefónica para dejar de fumar, está cubierto mediante un proveedor participante. No se aplican costos compartidos y no hay límites en dólares ni máximos de visitas.

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

Trasplantes
El plan cubrirá los servicios de trasplante de órganos y tejidos humanos cuando se autorice previamente según corresponda, y los servicios se reciben de instalaciones aprobadas por el plan en los Estados Unidos. El receptor de un trasplante de órganos debe ser miembro en el momento de los servicios. El término receptor se define para incluir a un miembro que recibe servicios autorizados relacionados con trasplantes durante cualquiera de los siguientes:

- evaluación
- candidatura
- evento de trasplante, o
- atención posterior al trasplante.

La cobertura está sujeta a las condiciones y limitaciones descritas en este Contrato.

Definición de los servicios de trasplante
Los servicios de trasplante incluyen servicios médicos, quirúrgicos y en el hospital para el receptor. Este plan también cubre la obtención de órganos necesarios para el trasplante de órganos o tejidos de persona a persona. Los tipos de trasplantes cubiertos incluyen, entre otros, riñón, riñón/páncreas, córnea, médula ósea, algunas células madre, corazón, corazón/pulmón, hígado y páncreas.

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

Un miembro puede solicitar autorización del plan médico para la lista de trasplantes dobles. La segunda lista debe estar en una organización de obtención de órganos separada o diferente. Si bien se autoriza la doble lista, el pago se hará a un solo centro por el suceso de trasplante real.

Costos de obtención de órganos
El plan cubrirá los costos directamente relacionados con la obtención de un órgano de un cadáver o de un donante vivo. La cirugía necesaria para la extirpación de órganos, el tránsito de órganos

y el transporte, hospitalización y operación de un donante vivo también están cubiertos por el Plan. Las pruebas de compatibilidad que se hacen antes de la adquisición están cubiertas si el plan determina que son médicamente necesarias.

Viajes de trasplante
Los gastos de viaje que tuvo en relación con un trasplante preaprobado están cubiertos hasta $10,000 de por vida. Los beneficios para el transporte, el alojamiento y la comida están disponibles para los miembros solo si son receptores de un trasplante de órganos/tejidos preaprobado de un proveedor aprobado por el Plan. Por lo general, el plan debe autorizar previamente el viaje de trasplante.

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

- Transporte de ida y vuelta al sitio de trasplante, incluyendo los cargos por un auto de alquiler usado durante un período de atención en el centro de trasplante;
- Alojamiento durante la estadía o el traslado hacia y desde el sitio del trasplante;
- Alimentos mientras se encuentre en el sitio del trasplante o durante el viaje hacia o desde dicho sitio.

El Plan también cubrirá los gastos de viaje de un acompañante que acompañe al paciente según lo indicado anteriormente. A los pacientes menores de edad se les permiten beneficios de viaje para ellos, uno o ambos padres, o uno de los padres y un acompañante designado. Un acompañante puede ser un cónyuge, un familiar, un tutor legal o cualquier persona que no esté relacionada con el miembro, pero que participe activamente en la atención del miembro.

Quedan excluidos de la cobertura los siguientes gastos de viaje:

- Costos de viaje incurridos debido a viajes en las sesenta (60) millas de la casa del miembro;
- Facturas de lavandería;
- Facturas telefónicas;
- Alcohol o productos de tabaco; y
- Cargos por transporte que exceden las tarifas de los autobuses.

Medicamentos inmunosupresores para trasplantes de órganos
El plan cubrirá medicamentos inmunosupresores para pacientes hospitalizados para trasplantes de órganos. Los medicamentos con receta pueden estar cubiertos. Consulte su *Programa de beneficios* para obtener información sobre sus beneficios de medicamentos con receta.

Cobertura prohibida
Es posible que no cubramos un trasplante de órganos humanos o atención posterior al trasplante si:

- La operación de trasplante se hace en China u otro país que se sabe que ha participado en la sustracción forzada de órganos, según lo designado por el comisionado de los servicios médicos estatales; o
- El órgano humano que se va a trasplantar se obtuvo mediante una venta o donación originaria de China u otro país que se sabe que ha participado en la sustracción forzada de órganos, según lo designado por el comisionado de los servicios médicos estatales.

Atención de la vista

- Un examen de la vista de bienestar por año para niños, un examen de la vista de bienestar cada veinticuatro (24) meses para adultos.
- Un par de anteojos por año para niños, uno cada veinticuatro (24) meses para adultos.
- Servicios de la vista para niños dependientes que son beneficios médicos esenciales.

Atención médica de la mujer
Consulte la sección AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR de este Contrato.

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

- 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 mamografía o tomosíntesis de mama, realizados en un centro de imágenes designado; y mamografías con fines de detección y diagnóstico, incluidas, 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 límite de edad;
- Orientación sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con más riesgo;
- Exámenes de detección citológica (pruebas de Papanicolaou) que incluyen una evaluación 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 detección 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.
- Examen médico de detección de diabetes gestacional;
- Orientación y examen médico de 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, incluidas todas las etapas de reconstrucción y operación para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema;
- Acceso directo a atención obstétrica y ginecológica calificada para miembros femeninos.
- Control de natalidad:
    - un suministro único de tres meses del medicamento anticonceptivo recetado cubierto la primera vez que el miembro obtiene el medicamento; y

- un suministro para 12 meses del medicamento anticonceptivo con receta cubierto de una sola vez cada vez que posteriormente el miembro obtenga el mismo medicamento, independientemente de que estuviera inscrito en el plan de beneficios médicos la primera vez que obtuvo el medicamento. Un miembro puede obtener solo un suministro de 12 meses de un medicamento anticonceptivo recetado cubierto durante cada período de 12 meses.

Atención de maternidad
La atención de maternidad está cubierta como se muestra en su *Lista de beneficios*. Tiene derecho a recibir los servicios y beneficios de maternidad listados en esta sección. Los servicios cubiertos para pacientes hospitalizados pueden necesitar una autorización previa del plan antes de que se brinden los servicios; sin embargo, no se necesita autorización previa para:

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

Atención de maternidad prenatal
La cobertura para la atención prenatal incluye:

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

Cada visita en el consultorio también incluirá orientación y educación prenatal, exámenes necesarios y apropiados, incluyendo los antecedentes, el examen físico y los procedimientos de laboratorio y diagnóstico que el proveedor/profesional participante considere apropiados. Esto se basa en criterios médicos reconocidos para el grupo de riesgo del que el paciente es miembro.

Las complicaciones de embarazo están cubiertas por este Contrato de la misma manera que otras enfermedades o dolencias. Las complicaciones de embarazo significan 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 son causados por 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 el 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.

Atención obstétrica
La atención de maternidad incluye cobertura para la atención obstétrica, incluyendo los médicos participantes, los enfermeros parteros certificados con autorización participantes y la sala de partos participante y otros servicios médicamente necesarios directamente asociados con el parto.

Servicios prestados por un enfermero partero certificado con autorización
Los servicios de un enfermero partero certificado con autorización están cubiertos, sujetos a las siguientes limitaciones:

- El enfermero partero certificado con autorización es un proveedor participante.
- Los servicios del enfermero partero certificado con autorización deben prestarse bajo la supervisión de un obstetra con autorización participante o un proveedor de medicina familiar con autorización.
- Los servicios deben proporcionarse en preparación para el parto de un recién nacido o en relación con él en un sitio que esté cubierto por este beneficio de maternidad.
- A los efectos de este beneficio de maternidad, los únicos sitios permitidos de parto son un hospital participante o un centro de maternidad autorizado. Los cargos combinados del enfermero partero certificado con autorización y cualquier médico de atención directa o supervisor, por todos los servicios prestados antes, durante y después del parto, no pueden exceder los cargos permitidos que se habrían pagado al médico si hubiera sido el único proveedor de esos servicios.

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

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

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

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

Apoyo, suministros y orientación para la lactancia materna
Los siguientes beneficios y servicios están cubiertos sin costo para el miembro cuando se reciben de un proveedor participante:

- La miembro debe tener una receta para un extractor de leche manual, suministros y consejería para demostrar que tuvo un bebé.
- El miembro recibirá un extractor de leche manual. Se permite un extractor de leche manual de reemplazo para cada parto siguiente. Se permite un conjunto de suministros asociados de reemplazo por miembro por año. Los suministros incluyen artículos como extractor de leche, tubos y toallas sanitarias.
- Si se considera médicamente necesario que la miembro use un extractor de leche eléctrico, se aplicaría el beneficio de Equipo Médico Duradero de la miembro y puede incluir un costo compartido.

La consejería, los suministros y los servicios de apoyo para la lactancia materna están cubiertos durante los períodos prenatal, perinatal y después del parto, de acuerdo con las directrices del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). No hay límite de tiempo; La cobertura se basa en la necesidad médica y las recomendaciones clínicas.

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

Cobertura de recién nacidos y niños adoptados
El plan cubrirá lesiones o enfermedades de un niño recién nacido. El niño puede ser natural o adoptado o en un estado de "colocación para adopción". Esto incluye la circuncisión para los varones recién nacidos y la atención y el tratamiento necesarios de los defectos congénitos y anomalías congénitas diagnosticados médicamente.

El transporte terrestre o aéreo al centro de atención terciaria disponible más cercano está cubierto cuando sea necesario para proteger la vida del bebé.

Suplementos nutricionales
Este beneficio de maternidad incluye cobertura para suplementos nutricionales médicamente necesarios listados en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (según lo indique el proveedor/profesional participante tratante).

Continuidad de la atención
Si un proveedor/profesional participante cancela el plan, continuaremos reembolsando al proveedor/profesional por dar el tratamiento médicamente necesario a un miembro con una "circunstancia especial". "Circunstancia especial" significa una condición con respecto a la cual un proveedor o profesional tratante cree razonablemente que la interrupción de la atención de ese proveedor o profesional podría causar daño al miembro (incluyendo, sin limitarse a una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal o un embarazo).

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

- el nonagésimo (90°) día después de la fecha efectiva de terminación de la red de proveedores;
- si se diagnosticó al miembro con una enfermedad terminal en el momento de la terminación, la expiración del período de nueve (9) meses después de la fecha de inicio de la terminación; o
- si la miembro está embarazada en el momento de la terminación, mediante el parto del niño, la atención posparto inmediata y el chequeo de seguimiento de seis (6) semanas.

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

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

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

AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR REPRODUCTIVA

CHRISTUS Health Plan es una filial de un sistema de atención médica católico, que está sujeto a las Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos. En función de las creencias religiosas, limitamos la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier 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 (usados 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.

El aborto directo no es un beneficio cubierto.

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

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

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

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

No se 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:

- negar a cualquier persona cubierta la elegibilidad o la elegibilidad continua o no renovar este plan únicamente para evitar proporcionar las horas mínimas de hospitalización;
- proporcionar pagos o reembolsos en dinero para animar a cualquier persona cubierta a aceptar menos del mínimo de horas de hospitalización;
- 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
- proporcionar incentivos económicos o de otro tipo al médico de atención directa para animarlo a dar atención que sea inferior al mínimo de horas.

Cobertura o beneficios para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía-inscripción
Se da cobertura o beneficios a cada persona cubierta para la cirugía reconstructiva después de la mastectomía, que incluyen:

- todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha hecho la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
- 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:

- 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;
- 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
- reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, ni penalizar 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 cirugía reconstructiva después de la mastectomía anual
Su contrato, según lo exige la Ley Federal de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, da beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la operación para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo el linfedema).

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

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

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

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

- Cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y
- Noventa y seis (96) horas después de un parto sin complicaciones por cesárea.

Este beneficio no necesita que una mujer cubierta que sea elegible para los beneficios de maternidad/parto dé a luz en un hospital u otro centro de atención médica o permanezca en 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 cuarenta y ocho (48) o noventa y seis (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 dará un médico, enfermero registrado u otro proveedor de atención médica debidamente autorizado, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

Prohibiciones: No podemos:

- modificar los términos de esta cobertura en función de que cualquier persona cubierta solicite menos de la cobertura mínima necesaria;
- ofrecer a la madre incentivos económicos u otra compensación por la exención del número mínimo de horas requeridas;
- 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;
- reducir los pagos o reembolsos por debajo de la tasa habitual y acostumbrada; o
- penalizar a un médico por recomendar atención hospitalaria para la madre o el niño recién nacido.

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Los beneficios se proporcionan, para cada persona inscrita en el plan que tenga cuarenta y cinco (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:

- una prueba anual de sangre oculta en heces y una sigmoidoscopia flexible cada cinco años, o
- una colonoscopia cada 10 años.

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

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

- un análisis de sangre de CA 125;
- y, como mínimo, una prueba de Papanicolaou convencional o una evaluación con métodos de citología de base líquida, según lo aprobado por la FDA, solo o en combinación con una prueba aprobada por la FDA para la detección del virus del papiloma humano y;
- 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.

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

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

EXCLUSIONES

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

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

Lo siguiente está específicamente excluido de la cobertura:

- **Acupuntura**
- **Servicios de atención de accidentes y emergencias**
  - Uso de un centro de emergencia para servicios que no sean de emergencia (incluyendo, entre otros, atención de urgencia u observación)
- **Autopsias y servicios de ambulancia**
  - Costos de autopsia para miembros fallecidos.
  - Servicios de ambulancia a la oficina del forense o a una morgue, a menos que la ambulancia haya sido enviada antes del pronunciamiento de la muerte por una persona autorizada por la ley estatal para hacer tales pronunciamientos.
- **Operación bariátrica**
- **Antes o después del período de cobertura**
  - Servicios recibidos, artículos comprados, recetas surtidas o gastos incurridos antes de la fecha de inicio de la cobertura según este Contrato o después de la fecha de inicio de la terminación de la cobertura.
- **Ensayos clínicos**
  - Cualquier ensayo clínico proporcionado fuera de Texas, así como aquellos que no cumplan los requisitos de la sección BENEFICIOS CUBIERTOS de este Contrato.
  - Costos de ensayos clínicos que habitualmente los pagan las fuentes gubernamentales, biotecnológicas, farmacéuticas o de la industria de dispositivos médicos.
  - Servicios de proveedores no participantes, a menos que los servicios no estén disponibles de un proveedor participante. Por lo general, se necesita autorización previa para cualquier servicio fuera de la red, que debe proporcionarse en Texas.
  - Costos de un medicamento, dispositivo o procedimiento en investigación no aprobado por la FDA que no está exento de tener una solicitud de nuevo medicamento en investigación.

    - Costos asociados con la gestión del asociado de investigación con el ensayo clínico.
    - Costos de las pruebas necesarias para la investigación del ensayo clínico.
    - Costos pagados o no cobrados por los proveedores de ensayos clínicos.
- **Beneficios de atención hospitalaria certificada**
    - Comida, alojamiento y comidas a domicilio.
    - Servicios de voluntariado.
    - Artículos personales o de comodidad.
    - Servicios de ama de casa o limpieza.
    - Enfermería privada.
- **Ropa o dispositivos de protección**
    - Ropa u otros dispositivos de protección, incluida la ropa fotoprotectora, el polarizado del parabrisas, los accesorios de iluminación u otros artículos o dispositivos, se receten o no.
- **Terapias complementarias**
    - Acupuntura, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Servicios quiroprácticos, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Biorretroalimentación, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía cosmética**
    - Terapia cosmética, medicina o medicamentos, o procedimientos con el propósito de cambiar la apariencia.
    - Cualquier procedimiento quirúrgico o no quirúrgico que tenga el propósito principal de alterar la apariencia y no se haga con el propósito de corregir trastornos funcionales resultantes de lesiones, defectos congénitos o enfermedades.
    - La cirugía reconstructiva después de una mastectomía no se considera cirugía cosmética y estará cubierta, así como la cobertura de procedimientos cosméticos para las condiciones mencionadas anteriormente para corregir la función y aprobar la apariencia o restaurar la forma (incluso si no restaura la función) debido al defecto incurrido en la lesión, enfermedad o defecto congénito.
- **Circuncisiones**
    - Realizado de otra manera que no sea para estadías de recién nacidos, a menos que sea médicamente necesario.
- **Servicios dentales**
    - No existe cobertura dental de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales son BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - El cuidado dental y las radiografías dentales están permitidos solo para niños como se especifica en los BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Equipo médico duradero**
    - Equipo médico duradero mejorado o de lujo
    - Artículos de conveniencia, incluyendo artículos para comodidad y facilidad y que no son principalmente de naturaleza médica, como asientos de ducha, barras de apoyo para baños, persianas para sillas de ruedas, almohadas, ventiladores, camas y sillas especiales y otros artículos.

    - Duplicar artículos de equipo médico duradero.
    - Reparación o reemplazo de Equipo médico duradero debido a pérdida, negligencia, mal uso, abuso o para mejorar la apariencia o conveniencia.
    - Reparación o sustitución de artículos bajo la garantía del fabricante o proveedor.
    - Otras sillas de ruedas, si el miembro tiene una silla de ruedas funcional.
- **Cargos excesivos**
    - Cargos o costos que excedan los cargos habituales, acostumbrados y razonables.
- **Equipos y servicios de ejercicio**
    - Equipos de ejercicio, videos, entrenadores personales, membresías de clubes y programas de reducción de peso.
- **Medicamentos, tratamientos, procedimientos, dispositivos o servicios experimentales, en investigación o no probados**
- **Terapia de ondas de choque extracorpóreas**
- **Cuidado de los pies**
    - Cuidado rutinario de los pies, como el tratamiento de pies planos u otras desalineaciones estructurales de la eliminación de callos y callosidades, a menos que sea médicamente necesario debido a la diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
- **Alopecia**
    - Tratamientos, medicamentos, suministros y dispositivos para la caída del pelo o la calvicie, independientemente de la causa médica de la pérdida de pelo o la calvicie.
- **Servicios de atención médica domiciliaria**
    - Necesidades de cuidado de compañía que puede hacer personal médico sin autorización para cumplir las actividades normales de la vida diaria.
    - Cuidado de relevo.
- **Servicios del hospital**
    - Rehabilitación como parte de la desintoxicación médica aguda.
- **Servicios de infertilidad**
    - La cobertura y los beneficios de preservación de la fertilidad están incluidos para las personas cubiertas que se diagnosticaron o se someten a tratamiento médico para el cáncer que puede causar infertilidad iatrogénica directa o indirectamente.
- **Cuidado de largo plazo**
    - No cubierto para adultos o niños.
- **Salud mental y alcoholismo y abuso de sustancias**
    - Tratamiento de la codependencia.
    - Duelo y orientación sexual.
    - Pruebas psicológicas cuando no sean médicamente necesarias.
    - Educación especial, pruebas o evaluaciones escolares, consejería, terapia o atención para deficiencias de aprendizaje o problemas disciplinarios o de comportamiento.
    - Tratamiento en un centro de rehabilitación.
    - Servicios de abuso de alcohol o sustancias (excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS)
        - Tratamiento en un centro de rehabilitación.
        - Tratamiento de la codependencia.

        - Duelo y orientación sexual.
        - Tratamiento ordenado por la corte, o tratamiento que sea una condición de libertad condicional o libertad condicional en lugar de sentencia, a menos que la solicitud provenga de un proveedor de atención médica calificado.
        - Cualquier tratamiento para el alcoholismo o los servicios de abuso de sustancias después de los episodios máximos de tratamiento permitidos según este Contrato.
- **Discapacidades del servicio militar**
    - Cuidado de discapacidades relacionadas con el servicio militar a las que tiene derecho legalmente y para las cuales las instalaciones están razonablemente disponibles para usted.
- **Apoyos nutricionales y suplementos**
    - Alimentos para bebés (incluida la fórmula o la leche materna) u otros productos comestibles regulares que se pueden usar con el sistema enteral para alimentación oral o por sonda.
- **Servicios fuera de la red no autorizados**
    - Servicios recibidos fuera de la red que necesitan autorización previa, si no se obtuvo autorización previa.
- **Aparatos ortopédicos**
    - Ortesis funcionales para el pie, incluidas las de fascitis plantar, pie plano (pie plano), espolones calcáneos y otras condiciones, zapatos ortopédicos o correctivos, soportes para el arco, aparatos para zapatos, aparatos ortopédicos para pies y aparatos ortopédicos o férulas personalizados, excepto para miembros con diabetes u otras neuropatías periféricas significativas.
    - Ortesis personalizadas, excepto órtesis de rodilla-pie-tobillo (KAFO) o órtesis de tobillo-pie (AFO) para miembros que cumplen las directrices reconocidas a nivel nacional.
- **Medicamentos con receta/medicamentos**
    - Nuevos medicamentos para los que aún no hemos establecido la determinación de los criterios de cobertura.
    - Medicamentos y medicinas de venta libre (OTC), excepto los que se listan en la *lista de medicamentos cubiertos* (*formulario)*.
    - Medicamentos con receta/medicamentos que necesitan una autorización previa si no se obtuvo una autorización previa.
    - Medicamentos con receta/medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos.
    - Medicamentos con receta de reemplazo como resultado de pérdida, robo o destrucción.
    - Medicamentos/medicamentos con receta, medicamentos, tratamientos o dispositivos que determinamos que son experimentales, de investigación o no probados.
    - Suministros médicos desechables, excepto cuando se proporcionan en un hospital o en el consultorio de un proveedor participante.
    - Tratamientos y medicamentos con fines de reducción o control de peso, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Suplementos nutricionales según lo prescrito por el proveedor tratante o como única fuente de nutrición.

    - Fórmula infantil, bajo cualquier circunstancia.
    - Medicamentos con receta para el tratamiento de la disfunción sexual o la infertilidad.
    - Medicamentos con receta/medicamentos con fines cosméticos.
- **Servicios para proveedores**
    - Servicios proporcionados por un proveedor al que se le prohíbe participar en Medicare y/u otros programas de atención médica debido a violaciones del programa.
    - Visitas telefónicas, excepto como se establece en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Correo electrónico de un proveedor o consulta por teléfono por la que se cobra al paciente.
    - Familiarícese con las visitas sin evaluación física o intervención diagnóstica o terapéutica.
- **Dispositivos protésicos**
    - Ayudas artificiales, incluyendo los dispositivos de síntesis del habla, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Cirugía reconstructiva con fines cosméticos**
    - Cirugía cosmética (los ejemplos incluyen aumento de mamas, dermoabrasión, dermaplaning, escisión de cicatrices de acné, operación de acné, revisión de cicatrices asintomáticas, microflebectomía, escleroterapia (excepto venas troncales) y rinoplastia nasal.
- **Rehabilitación y terapia**
    - Entrenadores atléticos o tratamientos por entrenadores atléticos.
    - Servicios de rehabilitación vocacional
    - La terapia de largo plazo, o servicios de rehabilitación, incluye el tratamiento de condiciones crónicas o incurables para las cuales la rehabilitación produce un cambio o alivio mínimo o temporal. Si ha alcanzado el máximo potencial de rehabilitación, un punto en el que es poco probable que ocurra una mejora significativa, o terapia durante cuatro (4) meses consecutivos, la terapia adicional se considera terapia o rehabilitación de largo plazo.
    - Para obtener información sobre el tratamiento de condiciones crónicas como, entre otras, distrofia muscular, síndrome de Down y parálisis cerebral, comuníquese con el plan para analizar la posible cobertura.
- **Servicios cubiertos por otro programa**
    - Servicios para los que usted o su Dependiente son elegibles bajo cualquier programa gubernamental (excepto Medicaid), en la medida determinada por la ley.
    - Servicios por los que, en ausencia de un plan de servicios médicos, no se le cobrará a usted ni a su Dependiente.
- **Disfunción sexual**
    - Tratamiento para la disfunción sexual, incluyendo medicamentos, consejería y clínicas.
- **Atención en un centro de enfermería especializada**
    - Cuidado de compañía o domiciliaria.
- **Terapia de lenguaje**
    - Terapia para la tartamudez.

    - Beneficios adicionales más allá de los listados en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Dejar de fumar (excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS)**
    - Hipnoterapia para la orientación sobre dejar de fumar
    - Medicamentos de venta libre, a menos que se listen en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*.
    - Acupuntura para dejar de fumar.
- **Servicios de trasplante**
    - Gastos de transporte para miembros fallecidos
    - Servicios médicos y hospitalarios de un donante de trasplante de órganos cuando el receptor del trasplante no es miembro o el procedimiento de trasplante no es un beneficio cubierto.
    - Viaje y alojamiento, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
- **Tratamiento mientras está encarcelado**
    - Servicios o suministros que recibe un miembro mientras está bajo la custodia de cualquier autoridad policial estatal o federal, incluso mientras está en la cárcel o prisión.
- **Atención de la vista**
    - Atención de la vista de rutina y refracciones oculares, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Anteojos correctivos o anteojos de sol, montura, lentes, lentes de contacto o accesorios, excepto como se especifica en BENEFICIOS CUBIERTOS.
    - Procedimientos refractivos oculares, incluida la queratotomía radial, procedimientos con láser y otras técnicas.
    - Terapia de movimientos oculares.
- **Programas de pérdida de peso**
    - No cubierto para adultos o niños.
- **Atención médica de la mujer**
    - Medicamentos abortivos.
    - Servicios de planificación familiar, excepto como se especifica en la sección AVISO ESPECIAL SOBRE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y REPRODUCTIVA de este Contrato.
- **Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo**, bajo cualquier circunstancia.

RECLAMACIONES

Aviso de reclamo
Se nos debe avisar por escrito cualquier reclamo en los **veinte (20) días** posteriores al acontecimiento o el comienzo de cualquier pérdida cubierta por el Plan, o tan pronto como sea posible o según sea razonablemente posible. La falta de aviso en los veinte (20) días no invalidará ni reducirá un reclamo si este se da tan pronto como sea razonablemente posible.

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

Formularios de reclamo
Puede llamarnos o escribirnos para avisarnos sobre un reclamo. Cuando recibamos su aviso, le daremos a usted o al miembro que sea el titular del Contrato para este Contrato, los formularios necesarios para presentar un comprobante de pérdida (un "reclamo"). Los formularios se proporcionarán en los quince (15) días posteriores a la recepción de su aviso. También puede acceder a nuestro sitio web, www.christushealthplan.org, para obtener un formulario de reclamo.

Presentación de reclamos
Los reclamos por escrito deben proporcionarse en los 365 días posteriores a la fecha del servicio. Sin embargo, en caso de un reclamo por pérdida por el que proporcionamos algún pago periódico supeditado a la pérdida continua, este reclamo puede proporcionarse en los 365 días posteriores a la terminación de cada período por el que somos responsables. La falta de presentación de un reclamo en el plazo necesario no invalidará ni reducirá ninguna prestación si no es razonablemente posible presentar un reclamo en un plazo de 365 días, siempre que:

- no era razonablemente posible proporcionar pruebas en ese momento; y
- la prueba se presenta en el plazo de un año a partir de la fecha en que se requirió la prueba de la pérdida.

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

Le avisaremos la aceptación o el rechazo de un reclamo a más tardar el decimoquinto (15) día hábil después de la recepción de todos los artículos.

Pago de reclamos
Los beneficios pagaderos según este contrato se pagarán en los cinco (5) días posteriores al aviso de aceptación de su reclamo. Cuando el Contrato prevea pagos periódicos, los beneficios se acumularán y pagarán mensualmente, sujeto a la presentación de un reclamo limpio.

Un reclamo se considerará un reclamo "limpio" si contiene toda la información necesaria por nosotros para procesar el pago de acuerdo con los beneficios sin más información. Por ejemplo, un reclamo puede no estar "limpio" si está incompleto, carece de documentación de expedientes médicos, es sospechoso o parece ser fraudulento, o sugiere una práctica médica inadecuada del proveedor.

Los reclamos presentados por los servicios recibidos por un miembro fallecido se pagarán de acuerdo con la designación del beneficiario y las disposiciones relativas a dichos pagos. Si no se proporciona dicha designación o disposición, los reclamos se pagarán al patrimonio del miembro. Cualquier otro reclamo que no se haya pagado en el momento de la muerte del miembro puede, a nuestra elección, pagarse al beneficiario. Todos los demás reclamos se pagarán al miembro o al proveedor, a nuestra elección.

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

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

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

Fraude y abuso
Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

Podemos cancelar la cobertura por cualquier tipo de actividad fraudulenta por su parte o de los Miembros cubiertos por este Contrato.

Subrogación
Esta sección se aplicará cuando otra parte sea o pueda considerarse responsable de una lesión, enfermedad u otra condición de un miembro. Esto incluye compañías de seguros que son financieramente responsables; acuerdos o laudos relacionados con lesiones, enfermedades u otras condiciones del Miembro; demandas por negligencia médica; y otras fuentes de responsabilidad distintas de este Contrato.

Nos subrogamos en todos los derechos del miembro frente a cualquier parte responsable de la lesión o enfermedad del miembro, o que sea o pueda ser responsable del pago del tratamiento médico de dicha lesión o enfermedad ocupacional (incluida cualquier compañía de seguros), hasta el valor de los beneficios médicos que hayamos pagado. Podemos hacer valer este derecho sin el consentimiento del miembro.

Este derecho incluye, entre otros, los derechos del miembro bajo la cobertura de automovilista sin seguro o con seguro insuficiente; cualquier seguro sin culpa; cobertura de pago médico (automóvil, propietarios de viviendas o de otro tipo); cobertura de compensación de los trabajadores; u otro seguro, y los derechos del miembro según el plan para iniciar una acción para aclarar sus derechos según ese seguro.

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

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

- darnos cualquier información relevante solicitada;
- firmar y entregar los documentos que solicitemos razonablemente para garantizar el reclamo de subrogación;
- obtener nuestro consentimiento del plan o sus agentes antes de liberar a cualquier parte de la responsabilidad por el pago de gastos médicos.

Si el miembro entra en litigio o negociaciones de conciliación con respecto a las obligaciones de otras partes, el miembro no debe perjudicar nuestros derechos de subrogación. Si un miembro no obtiene nuestro consentimiento previo por escrito y acepta un acuerdo o libera a cualquiera de las partes de la responsabilidad por el pago de gastos médicos, o no coopera con esta disposición, incluida la ejecución de los documentos necesarios en este documento, el miembro deberá reembolsar a CHP el valor de los beneficios que se pagaron según nosotros.

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

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

Se debe proporcionar una prueba escrita de la pérdida a la aseguradora en dicha oficina en caso de reclamo por pérdida para el cual este contrato proporciona cualquier pago periódico supeditado a la pérdida continua en los noventa (90) días posteriores a la terminación del período por el cual la aseguradora es responsable y en caso de reclamo por cualquier otra pérdida en los noventa (90) días posteriores a la fecha de dicha pérdida. El hecho de no presentar dicha prueba en el tiempo requerido no invalidará ni reducirá ningún reclamo si no fuera razonablemente posible dar prueba en ese tiempo, siempre que dicha prueba se proporcione tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un año desde el momento en que se necesite la prueba.

Las indemnizaciones pagaderas según este contrato por cualquier pérdida que no sea una pérdida para la cual este contrato proporciona un pago periódico se pagarán inmediatamente después de recibir la debida prueba escrita de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba escrita de la pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las cuales este contrato proporciona un pago periódico se pagarán mensualmente y cualquier saldo restante que no pagó al finalizar la responsabilidad se pagará inmediatamente después de recibir la debida prueba por escrito.

El plan puede buscar la recuperación contra la cobertura de automovilista con seguro insuficiente o sin seguro o la cobertura de pagos médicos solo si la persona cubierta o la familia inmediata de la persona cubierta no pagó las primas de la cobertura.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

Esta sección del Contrato se aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica en más de un plan médico. El "plan médico" se define abajo.

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

El plan médico que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de su contrato sin tener en cuenta la posibilidad de que otro plan 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 presta servicios para atención o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para dar 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:

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

(2) El plan 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, incluidas las lesiones deportivas, ya sea las "24 horas" o "de ida y vuelta a la escuela";
- Beneficios proporcionados en contratos 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 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 dé 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 orden para la determinación de beneficios**" abajo 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, incluidos los deducibles y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan médico que cubra al miembro. Cuando un plan médico da 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 privada.
(2) Si un miembro está cubierto por dos o más planes médicos que no tienen cargos negociados y calculan sus pagos de beneficios en función de los cargos habituales y acostumbrados, 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 cargos negociados, una cantidad que exceda el cargo negociado más alto no es un gasto permitido.
(4) Si un miembro está cubierto por un plan médico que no tiene cargos negociados y que calcula sus beneficios o servicios en función de los cargos habituales y acostumbrados, 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 los cargos negociados, el acuerdo de pago del plan primario 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 dar el beneficio o prestar el servicio por un cargo negociado específico 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, el cargo o el pago negociado debe ser el gasto permitido que usa el plan secundario para determinar sus beneficios.
(5) La cantidad de cualquier reducción de beneficios por parte del plan primario debido a que un miembro no haya cumplido las disposiciones del plan primario no es un gasto permitido. Ejemplos de este tipo de disposiciones incluyen segundas opiniones quirúrgicas, autorización previa de admisiones y acuerdos de proveedores de atención médica y médicos preferidos.

(d) “Cantidad permitida” es la cantidad de un cargo facturado que un plan médico determina que está cubierta 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 tienen contrato con el plan médico o son empleados de este, y que excluye la cobertura de servicios prestados por otros proveedores de atención médica y médicos, excepto en casos de emergencia o remisión por parte de un miembro del panel.

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

Reglas de orden para la determinación de beneficios

Cuando un miembro esté cubierto por dos o más planes médicos, las reglas para determinar el orden de pago de los beneficios son las siguientes:

(a) El plan primario paga o da 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 que da el titular del contrato. Ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas médicas importantes que se superponen a los beneficios de hospital y quirúrgicos del plan base, y las coberturas de tipo de seguro que se escriben en relación con un plan de panel cerrado para dar beneficios fuera de la red.

(d) Un plan médico puede considerar los beneficios pagados o dados 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 dar beneficios como si fuera el plan primario cuando una persona cubierta use un proveedor de atención médica o médico sin contrato, excepto en el caso de servicios de emergencia o remisiones autorizadas que el plan primario pague o dé.

(f) Cuando varios contratos que dan cobertura coordinada se traten como un solo plan conforme a esta sección, esta sección se aplica únicamente al plan médico en su conjunto, y la coordinación entre los contratos que lo componen se rige por las condiciones de los contratos. Si más de una aseguradora paga o da 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, las reglas del orden de determinación de beneficios de esta sección determinan el orden en que se determinan los beneficios de los planes secundarios 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 usando la primera de las siguientes reglas que corresponda:

(1) No dependiente o dependiente. El plan médico que cubre al miembro que no es 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 usando las siguientes reglas que se aplican:

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

I. El plan médico del padre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan principal; o

II. 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 efectivo de dichas condiciones, ese plan médico es primario para los años del plan que comiencen después de que se dé aviso al plan médico sobre la orden 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, el orden de beneficios para el niño es el siguiente: (I) el plan médico que cubre al padre/madre con custodia; (II) el plan médico que cubre al cónyuge del padre/madre con custodia; (III) el plan médico que cubre al padre/madre sin custodia; luego (IV) el plan médico que cubre al cónyuge del padre/madre sin custodia.

(C) Para un hijo dependiente cubierto por más de un plan médico de personas que no son sus padres, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) de arriba determinan el orden de los beneficios como si dichas personas fueran sus padres.

(D) Para un hijo dependiente que tenga cobertura conforme al plan médico de uno o ambos padres y tenga su propia cobertura como dependiente conforme al plan médico de un cónyuge, se aplica (h)(5).

(E) En caso de que la cobertura del hijo dependiente conforme al plan médico del cónyuge haya comenzado en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente conforme al plan médico de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla del cumpleaños de (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 primario. 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 primario.

Efecto en los beneficios de este plan

(a) Cuando este plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o dados 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 dados 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, incluida 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.

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 bajo este plan y otros planes médicos que cubren a la persona que reclama los beneficios.

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

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

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

Derecho de recuperación
Si la cantidad de los pagos hechos por el contratista de COB del plan 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 prestados a la persona cubierta. La “cantidad de pagos hechos” incluye el valor razonable en efectivo de todo beneficio prestado en forma de servicio.

FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR 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 la COB, que puede ser muy complicada. Esta no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de coordinación, y no cambia ni reemplaza el lenguaje contenido en su contrato, que determina sus beneficios.

Doble cobertura
Es 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 algunas de las más frecuentes. Si no se describe su situación, lea su evidencia de cobertura o comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas.

¿Primario o secundario?
Le pedirán que identifique todos los planes que cubren a los miembros de su familia. Necesitamos esta información para determinar si somos el pagador de beneficios "primario" o "secundario". El plan primario siempre paga primero cuando 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 primario
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 más temprano 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 del 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 el plan primario cuando cualquier otra disposición de la ley estatal o federal nos obligue a serlo.

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

Cuando este plan es secundario
Seremos el plan secundario 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 primario haya pagado sus beneficios. Luego pagaremos parte o la totalidad de los gastos permitidos que no se paguen, como se explica a continuación. 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 pagada por el plan primario, 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 primario 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

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES

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

- apelar una determinación adversa ante nosotros;
- a la revisión externa; o
- para presentar una queja.

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

Confidencialidad
CHRISTUS Health Plan, el Comisionado, los oficiales independientes de audiencias conjuntas y todos los demás que adquieran acceso a expedientes médicos identificables e información de los miembros al revisar las quejas tratarán y mantendrán dichos registros e información como confidenciales, excepto que las leyes federales y de Texas dispongan lo contrario.

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

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

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

Apelación de una determinación adversa (tratamiento o servicio)
Si descubrimos que el Servicio de Atención Médica solicitado no está cubierto por el plan de beneficios médicos, no abordaremos el problema de la necesidad médica. Si determinamos que los Servicios de atención médica proporcionados o propuestos para que se le proporcionen a usted no son médicamente necesarios o apropiados o son experimentales o de investigación, le avisaremos a usted, a una persona que actúe en su nombre y a su proveedor registrado, incluyendo el proveedor que proporcionó el Servicio de atención médica, de nuestra determinación, junto con su derecho a apelar la determinación adversa y el proceso para solicitar esa apelación. Siempre enviaremos por correo o transmitiremos un aviso de nuestra revisión en el segundo día hábil de la solicitud de revisión de utilización y recibiremos toda la información necesaria para completar la revisión.

Una determinación adversa es una determinación por nuestra parte de que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para que se le proporcionen no son médicamente necesarios o apropiados o son experimentales o de investigación. En consecuencia, tratamos una

rescisión de la cobertura como una determinación adversa de beneficios. No significa una denegación de los servicios de atención médica debido a la falta de solicitud de revisión de utilización prospectiva o concurrente.

Le avisaremos a usted, a una persona que actúe en su nombre y a su proveedor registrado de una determinación adversa por teléfono o transmisión electrónica en el período de tiempo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de los Servicios de atención médica y su condición, pero en ningún caso excederá una hora después del momento de la solicitud al negar la atención posterior a la estabilización posterior al tratamiento de emergencia según lo solicite un profesional de la salud tratante u otro proveedor o si está hospitalizado, en un día hábil. Si el Servicio de Atención Médica se denegó por necesidad médica o porque es experimental o de investigación, tiene derecho a una apelación para una revisión externa de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Si tiene una condición potencialmente mortal, tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente (IRO) y no está obligado a cumplir nuestros procedimientos para una revisión interna.

Le avisaremos una determinación adversa para una revisión de utilización simultánea para el suministro de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por las que está recibiendo beneficios médicos a más tardar el trigésimo (30) día antes de la fecha en que se suspenderán los medicamentos con receta o las infusiones intravenosas.

Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado pueden apelar la Determinación adversa y pueden solicitar una apelación acelerada por denegaciones de atención de emergencia, denegaciones de atención por condiciones potencialmente mortales y denegaciones de estadías continuas para hospitalización. La revisión acelerada será una revisión de un proveedor de atención médica que no haya revisado previamente el caso y que sea de la misma especialidad o similar a la del proveedor de atención médica que generalmente maneja la condición médica, el procedimiento o el tratamiento bajo revisión.

Su apelación acelerada se completará en función de la inmediatez de su condición, el procedimiento o el tratamiento, pero en ningún caso excederá un día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación.

Nuestra determinación en una apelación acelerada puede proporcionarse por teléfono o transmisión electrónica en un día hábil, pero será seguida por una carta en las setenta y dos (72) horas posteriores a que el plan reciba el aviso telefónico o electrónico inicial. Avisaremos nuestra determinación mediante un contacto telefónico directo a la persona que haga la solicitud en las setenta y dos (72) horas para una apelación relacionada con una lesión cerebral adquirida.

Si recibimos una revisión interna estándar de antes o después del servicio, enviaremos a la parte apelante en los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la apelación una carta reconociendo la fecha en que recibimos la apelación. Nuestra carta incluirá una lista de documentos relevantes que debe presentarnos la parte apelante y, si la apelación se recibió oralmente, un formulario de apelación de una página que deberá completar la parte apelante. Nuestra carta también incluirá los procedimientos de apelación y los plazos necesarios para la resolución.

En cualquier caso en el que se cuestione la necesidad o idoneidad médica o la naturaleza experimental o de investigación de los Servicios de atención médica antes de la emisión de una Determinación adversa, le daremos al proveedor registrado una oportunidad razonable para discutir el plan de tratamiento para usted con un médico. Esta discusión incluirá, como mínimo, la base clínica de nuestra decisión.

Después de la revisión de la apelación, le enviaremos una carta de respuesta a usted, a una persona que actúe en su nombre y al proveedor registrado, explicando la resolución de la apelación tan pronto como sea posible, en ningún caso después de treinta (30) días calendario después de recibir la apelación. Si la apelación es para atención de emergencia o denegación de una estadía continua para hospitalización, el plazo de resolución se completará según la inmediatez de su condición, el procedimiento o el tratamiento, pero no puede exceder un día hábil a partir de la fecha en que CHRISTUS Health recibe la solicitud.

Nuestra carta de respuesta contendrá una declaración de las razones médicas, dentales o contractuales específicas para la resolución; la base clínica de la decisión; una descripción o la fuente de los criterios de selección que se utilizaron para tomar la determinación; la especialidad profesional del médico que tomó la determinación; aviso del derecho de la parte apelante a solicitar la revisión de la determinación adversa con una Organización de revisión independiente (IRO); aviso del proceso de revisión externa; una copia de una solicitud de revisión externa de una Organización de revisión independiente (IRO); y procedimientos para presentar una queja.

Si se rechaza la apelación de una determinación adversa y, en los diez (10) días hábiles posteriores a la denegación, la denegación de la apelación será revisada por un proveedor participante en la misma especialidad o similar que generalmente maneja la condición, procedimiento o tratamiento médico, dental o especializado en discusión para la revisión de la determinación adversa. Esta revisión de especialidad se completará en los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud.

Revisión externa de una organización de revisión independiente (IRO)
Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión inmediata de nuestra decisión de apelación con una Organización de Revisión Independiente (IRO). No tiene que agotar nuestro proceso de apelación antes de solicitar una revisión externa si no se cumplen los plazos del proceso de apelación o si tiene una situación de atención de urgencia. Nuestro aviso de determinación de la apelación incluirá un formulario para hacer una solicitud de revisión externa con una Organización de Revisión Independiente (IRO). Se necesita que una Organización de Revisión Independiente (IRO) nos emita una decisión de atención de urgencia a nosotros y a usted a más tardar setenta y dos (72) horas después de recibir la solicitud de revisión externa y a más tardar cuarenta y cinco (45) días para la solicitud estándar. No hay ningún costo para usted por la revisión externa.

Revisión del uso retrospectiva
Si se hace una revisión del uso retrospectiva y esta da lugar a una determinación adversa, le avisaremos a usted y a su proveedor sobre la determinación adversa dentro de un período razonable, pero a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que se recibió el reclamo.

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

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

Proceso de quejas
Si nos presenta una queja verbal o por escrito, le enviaremos, a más tardar el quinto (5.º) día laborable después de la fecha en que recibamos la queja, una carta en la que acusaremos recibo de la queja e indicaremos la fecha en que la recibimos. Si su queja se recibió oralmente, adjuntaremos un formulario de queja de una página con la carta de acuse de recibo de la queja. No tiene que devolver el formulario de queja, pero le pedimos que lo devuelva porque el formulario nos ayudará a resolver la queja. Nuestra carta incluirá nuestros procedimientos de quejas y plazos para la resolución. Resolveremos su queja a más tardar el trigésimo (30°) día calendario después de la fecha. Si su queja se refiere a una emergencia o una denegación de hospitalización continua, investigaremos y resolveremos su queja según la urgencia de su condición, pero en ningún caso más tarde de un día laborable después de recibir su queja.

Después de que hayamos revisado su cumplimiento, le emitiremos una carta de respuesta que:
- Explica la resolución de la queja,
- Indique las razones médicas o contractuales específicas de la resolución,
- Establece la especialización de cualquier médico o proveedor consultado, y
- Contiene una descripción completa del proceso para apelar la decisión, junto con los plazos para el proceso de apelación y los plazos para la decisión final sobre la apelación.

Apelaciones de una queja
Si su queja no se resuelve a su satisfacción, tiene derecho a comparecer en persona ante un panel de apelación de quejas en un lugar en el que normalmente recibe servicios de atención médica u otro lugar en el que considere aceptable, o a dirigir una apelación por escrito al panel de apelación de quejas. Completaremos el proceso de apelación de quejas a más tardar el trigésimo (30°) día calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de apelación. Si su apelación de una queja se relaciona con una emergencia en curso o la denegación de hospitalización continua, la resolución se concluirá de acuerdo con la inmediatez de su caso y a más tardar un día hábil después de que se reciba su solicitud de apelación.

Composición del panel de apelación de quejas
Nombraremos miembros para el panel de apelación de quejas, que nos asesorará sobre la resolución de la disputa. El panel de apelación estará compuesto por un número igual de miembros del personal del Plan, médicos u otros proveedores, e inscritos al plan. Un miembro de un panel de apelación de quejas puede no haber estado involucrado previamente en la decisión

impugnada. Los médicos u otros proveedores en un panel de apelación de quejas 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 el campo de atención al que se refiere la apelación. Los miembros inscritos de un panel de apelación de quejas no pueden ser empleados del plan.

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

Usted o su representante designado tienen derecho a:

- comparecer en persona ante el panel de apelación de quejas;
- presentar testimonio de expertos alternativos; y
- solicitar la presencia e interrogar a cualquier persona responsable de tomar la decisión en disputa que resultó en la apelación.

Nuestro aviso de la decisión final sobre una apelación incluirá una declaración de la determinación médica específica, la base clínica y los criterios contractuales utilizados para llegar a la decisión final, junto con el número de teléfono gratuito y la dirección de TDI.

Mantenemos un registro de quejas y apelaciones para cada queja. Tiene derecho a una copia del registro de su queja y cualquier procedimiento relacionado con esa queja. Si decidimos a favor de pagar los servicios de atención médica, proporcionaremos el pago en los cuarenta y cinco (45) días posteriores al día de la decisión final.

Presentación de quejas ante el Departamento de Seguros de Texas
Cualquier persona, incluidas las personas que hayan intentado resolver una queja mediante nuestro proceso de apelaciones y quejas y que no estén satisfechas con la resolución, pueden quejarse ante el Departamento de Seguros de Texas llamando gratis al 1-800-252-3439. Si desea hacer su solicitud por escrito, envíela a:

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

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en línea en:
www.tdi.texas.gov/consumer/health-complaints.html

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

- Se necesita información adicional;

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

Agotamiento de los recursos
Debe completar los niveles de nuestro proceso de apelación y queja aplicable a usted y cualquier proceso de revisión regulatoria/estatutaria disponible para usted bajo la ley estatal o federal antes de presentar una acción legal. La finalización de estos procesos administrativos y regulatorios asegura que tanto usted como nosotros tengamos una oportunidad completa y justa de resolver cualquier disputa relacionada con los términos y condiciones contenidos en este Contrato.

Forma de aviso cultural y lingüísticamente apropiada
Cuando le enviemos información, nos aseguraremos de:

- prestar servicios de lenguaje oral (como una línea directa telefónica de asistencia al cliente) que incluya responder preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y dar asistencia para presentar reclamos y apelaciones (incluida la revisión externa) en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
- proporcionar, previa solicitud, un aviso en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
- incluir en las versiones en inglés de todos los avisos, una declaración que se muestre de manera destacada en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por el plan de atención médica; y
- enviar avisos en cualquier idioma que no sea el inglés y que hable más del diez por ciento (10%) de nuestra población de servicio. Utilizamos el estándar emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El estándar se encuentra en http://cciio.cms.gov/resources/factsheets/clas-data.html.

PAGO DE LA PRIMA

Pago de la prima
Usted es responsable de pagar su prima a tiempo. La primera prima se debe pagar con la solicitud de inscripción. Otras primas vencen el primer día del mes por la cobertura proporcionada durante ese mes. Período premium significa mensual. Todas las primas son pagaderas a nosotros.

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

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

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

Le avisaremos la falta de pago de las primas, así como a los proveedores de la posibilidad de reclamos denegados cuando se encuentre en el segundo y tercer mes del período de gracia.

Cambios en los pagos de primas
Nos reservamos el derecho de cambiar anualmente la cantidad del pago de la prima para los beneficios cubiertos. Proporcionaremos un aviso por escrito con al menos sesenta (60) días de anticipación de cualquier cambio en el pago de la prima.

Su tarifa puede cambiar. Algunos ejemplos de por qué son:
- Un cambio de residencia;
- La adición de un Dependiente debido a un evento calificado; o
- Cancelación de un dependiente en un contrato familiar.

Recuperación de sobrepagos de beneficios en exceso
Tenemos derecho a recuperar cualquier pago en exceso que hayamos hecho. La recuperación puede hacerse de una o más de las siguientes partes: cualquier persona a quien, para quien o con respecto a quien se hayan prestado dichos servicios o hecho dichos pagos; cualquier tercero pagador; cualquier plan médico u otra organización.

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

DISPOSICIONES GENERALES

Acciones legales
El grupo o el miembro no iniciará ninguna acción legal para recuperar este plan antes de la expiración de sesenta (60) días después de que se haya proporcionado una prueba escrita de la pérdida, de acuerdo con los requisitos de la ley estatal. No se iniciará ninguna acción de este tipo después de la expiración de tres (3) años después del momento en que se necesite que se proporcione una prueba escrita de la pérdida.

Actividad de los miembros
Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal. Podemos cancelar la inscripción de cualquier miembro por cualquier tipo de actividad fraudulenta. Algunos ejemplos de actividad fraudulenta son:

- Falsificación de información de inscripción;
- Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación;
- Falsificar o vender recetas; o
- Tergiversar una condición médica para recibir beneficios cubiertos a los que normalmente no tendría derecho.

Actividad del profesional/proveedor
Si sospecha que un médico, farmacia, hospital, centro u otro profesional de la salud hizo alguno de los elementos que se listan a continuación, llame al médico o proveedor y solicite una explicación, ya que puede haber un error.

- Se le cobraron por servicios que no recibió
- Facturado más de una vez por el mismo servicio
- Se facturó por un tipo de servicio, pero se le dio otro servicio (como cobrar por un tipo de equipo pero entregar otro tipo menos costoso)
- Información tergiversada para usted (como cambiar su diagnóstico o cambiar las fechas en que lo vieron en el consultorio)

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

Asignación
Nos reservamos el derecho de pagarle directamente y negarnos a cumplir una asignación de beneficios en cualquier circunstancia. Ninguna persona puede ejecutar ningún poder notarial para interferir con nuestro derecho a pagarle a usted en lugar de a cualquier otra persona.

Aviso
Si este Contrato nos exige o nos permite darle algún aviso, se le entregará de manera adecuada si es por escrito y se entrega personalmente o se deposita en el correo de los Estados Unidos con franqueo prepagado y dirigido a usted a la dirección registrada en el archivo de nuestra oficina principal. Usted es el único responsable de garantizar la exactitud de su dirección registrada en nuestros archivos.

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

Cómputo del tiempo
Siempre que la reglamentación de Texas necesite que se tome una acción en un cierto período de tiempo a partir de la recepción de una solicitud o documento, se considerará que la solicitud o documento se ha recibido en los tres días hábiles posteriores a la fecha en que se envió por correo.

Conformidad con los estatutos estatales
Cualquier disposición que, en su fecha de inicio, esté en conflicto con las leyes de este estado queda modificada para cumplir los requisitos mínimos de dichas leyes y no se considerará inválida, sino que se interpretará y aplicará como si cumpliera plenamente todas las leyes aplicables.

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

Contrato completo
Este Contrato y *Evidencia de cobertura*, junto con el *Programa de beneficios* y la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, la solicitud y cualquier suplemento, enmienda, endoso o cláusula adicional constituyen colectivamente el Contrato completo entre nosotros y usted. Ningún cambio en este Contrato es válido a menos que sea por escrito y sea aprobado por uno de nuestros funcionarios ejecutivos. Se le avisará de dichos cambios. Ningún agente puede cambiar esta Evidencia de Cobertura ni renunciar a ninguna de sus disposiciones.

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

Ejecución de un contrato – Solicitud de cobertura
Todas las declaraciones, en ausencia de fraude o declaración intencionalmente falsa de un hecho material, hechas por cualquier solicitante (usted o sus dependientes) se considerarán representaciones y no garantías. Ninguna de estas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los beneficios a menos que esté contenida en una solicitud escrita firmada por el suscriptor y que se haya proporcionado al suscriptor o a su representante.

Enmiendas
Su Contrato se puede modificar en cualquier momento. Le avisaremos con sesenta (60) días de anticipación antes de cualquier cambio. Recibirá una enmienda a su Contrato que muestra cualquier cambio.

Error administrativo
Un error administrativo en el mantenimiento de registros no anulará la cobertura válidamente vigente, ni continuará la cobertura válidamente terminada. Al descubrir el error, se hará un ajuste equitativo de la prima.

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

- está en una solicitud de inscripción por escrito firmada por el suscriptor; y
- se entrega o se ha entregado una copia firmada de la solicitud de inscripción al asegurado principal o a su representante personal.

Este Contrato solo se puede impugnar debido a fraude o tergiversación intencional de hechos materiales realizados en la solicitud de inscripción.

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

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

Hospitalización en la fecha de inicio de la cobertura
Si está confinado en un hospital en la Fecha de inicio de su cobertura, debe avisar al plan de la hospitalización en los dos (2) días; o tan pronto como sea razonablemente posible a partir de entonces.

Ley aplicable
El Contrato se emite en el estado de Texas y se interpretará conforme a las leyes del estado de Texas y las normas y reglamentaciones federales aplicables.

Límite de tiempo en ciertas defensas
Debe completar la solicitud de inscripción de manera completa y precisa en su nombre y en el de cualquier dependiente elegible que quiera inscribir en el Plan. Todas las declaraciones, en ausencia de fraude, hechas por el solicitante en la solicitud de inscripción se considerarán

representaciones y no garantías. Dichas declaraciones no se utilizarán para anular la cobertura o reducir los beneficios a menos que estén contenidas en una solicitud por escrito de este Contrato. En el caso de que se haga una declaración errónea en una solicitud que NO haya sido fraudulenta o intencional, calificamos y cobramos de usted la prima que se habría cobrado en el momento en que la cobertura entró en vigencia si no se hubiera realizado dicha declaración errónea.

Oportunidad de examinar el documento del plan
El suscriptor al que se emite el contrato puede examinarlo y, si no está satisfecho con él por cualquier motivo, se le permite devolverlo en los diez días posteriores a su recepción y recibir un reembolso de la prima pagada. Si se prestan servicios o se pagan reclamos durante el período de examen de diez días, usted es responsable de reembolsarnos dichos servicios o reclamos. Esta consideración, incluyendo primas, el cargo de solicitud y cualquier otra cantidad que debe pagarse por la cobertura, se indicará en el acuerdo o en la solicitud.

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

Reforma médica federal y estatal
Este Contrato cumplirá todas las leyes, normas y reglamentaciones estatales y federales aplicables. En la fecha de cumplimiento de cualquier cambio en la ley, o la promulgación de cualquier regla o reglamentación final que afecte directamente nuestras obligaciones según este Contrato, este Contrato se modificará y se enviará para la aprobación estatal o federal correspondiente. Le avisaremos cuando esto suceda.

Reintegros
Podemos restablecer este Contrato después de la terminación sin la ejecución de una nueva solicitud o la emisión de una nueva Tarjeta de Identificación. En cualquier caso en que la terminación sea el resultado de no hacer el pago oportuno de la prima, CHRISTUS permitirá la reincorporación en los treinta (30) días posteriores a la aplicación de la terminación, si el miembro puede demostrar que el pago original, o un intento de pago, se hizo antes de la fecha de vencimiento de la factura original. En tal caso, el miembro también debe pagar todas las primas adeudadas, tanto del mes anterior como del mes actual, para que se aplique la reincorporación. No habrá lagunas en la cobertura como resultado de una reincorporación. Si se aplica el restablecimiento, la Evidencia de Cobertura original estará vigente.

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

Seguro de compensación de los trabajadores
Este Contrato no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura de la Ley de compensación de los trabajadores de Texas. Sin embargo, un empleado de una corporación profesional o comercial puede optar afirmativamente por no aceptar las disposiciones de la Ley de compensación de los trabajadores de Texas si es un funcionario ejecutivo de esa corporación profesional o comercial y posee el diez por ciento (10%) o más de las acciones en circulación de la corporación comercial profesional.

A los efectos de la Ley de compensación de los trabajadores de Texas, un funcionario ejecutivo significa el presidente de la junta, presidente, vicepresidente, secretario o tesorero de una corporación profesional o comercial.

En el caso de que un empleado opte por no participar en la cobertura de compensación de los trabajadores y cumpla con los criterios establecidos anteriormente, proporcionaremos cobertura de atención médica las veinticuatro (24) horas a esos empleados, sujeto a los requisitos de elegibilidad para la cobertura con nosotros. Además de cumplir todos nuestros requisitos de elegibilidad, se requerirá documentación que indique que se han cumplido los criterios antes mencionados para que la cobertura con nosotros entre en vigencia.

Tarjetas de identificación
Le emitimos tarjetas de identificación (ID) solo con fines de identificación. La posesión de nuestra tarjeta de identificación no confiere derechos a servicios u otros beneficios según este Contrato. Para tener derecho a dichos servicios o beneficios, el titular de la Tarjeta de Identificación debe, de hecho, ser un miembro en cuyo nombre se hayan pagado realmente todos los cargos del Contrato aplicables. Si usted o cualquier familiar permite el uso de su tarjeta de identificación de cualquier otra persona, todos sus derechos y los de otros miembros de su familia según este Contrato pueden rescindirse inmediatamente a nuestra discreción. Por lo tanto, a cualquier persona que reciba servicios u otros beneficios a los que no tenga derecho según las disposiciones de este Contrato se le cobrarán las tarifas generalmente cobradas en el área por servicios médicos, hospitalarios y otros servicios de atención médica.

Tergiversación de la información
Si, en los primeros dos (2) años a partir de la fecha de inicio de su cobertura o la de sus Dependientes, omitió intencionalmente información de hechos materiales de su solicitud o proporcionó información fraudulenta, la cobertura para usted o su Dependiente será nula y sin efecto a partir de la fecha de inicio. En caso de fraude, no se aplicarán límites de tiempo y se le pedirá que pague todos los beneficios que le hayamos proporcionado. Le proporcionaremos una copia firmada de la solicitud de inscripción.

Si la edad del miembro se ha indicado erróneamente, todas las cantidades pagaderas según este Contrato se ajustarán para reflejar la prima que se habría pagado por la edad correcta.

MAPA DEL ÁREA DE SERVICIO

Análisis de la red

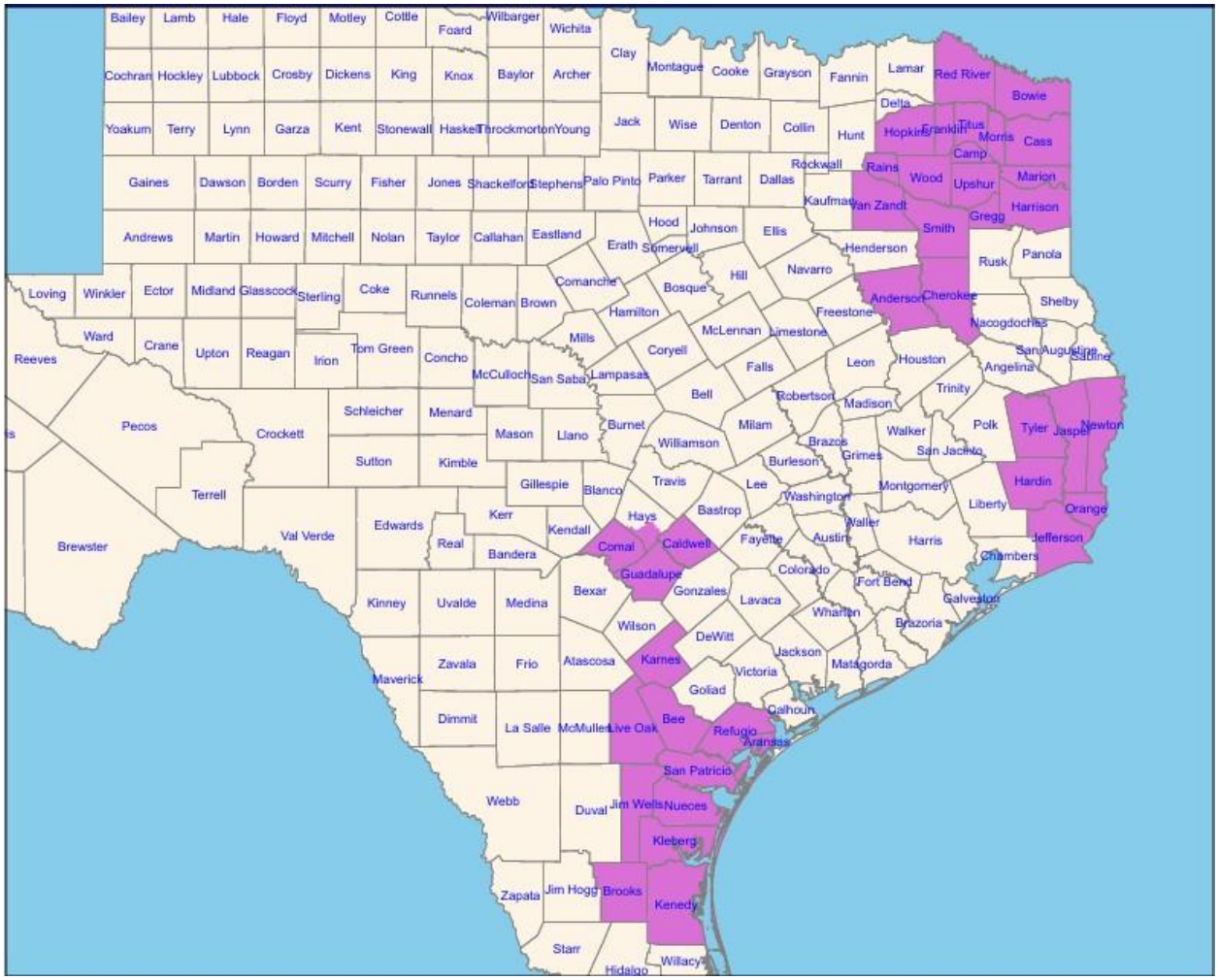
Mapa

3 de junio de 2026

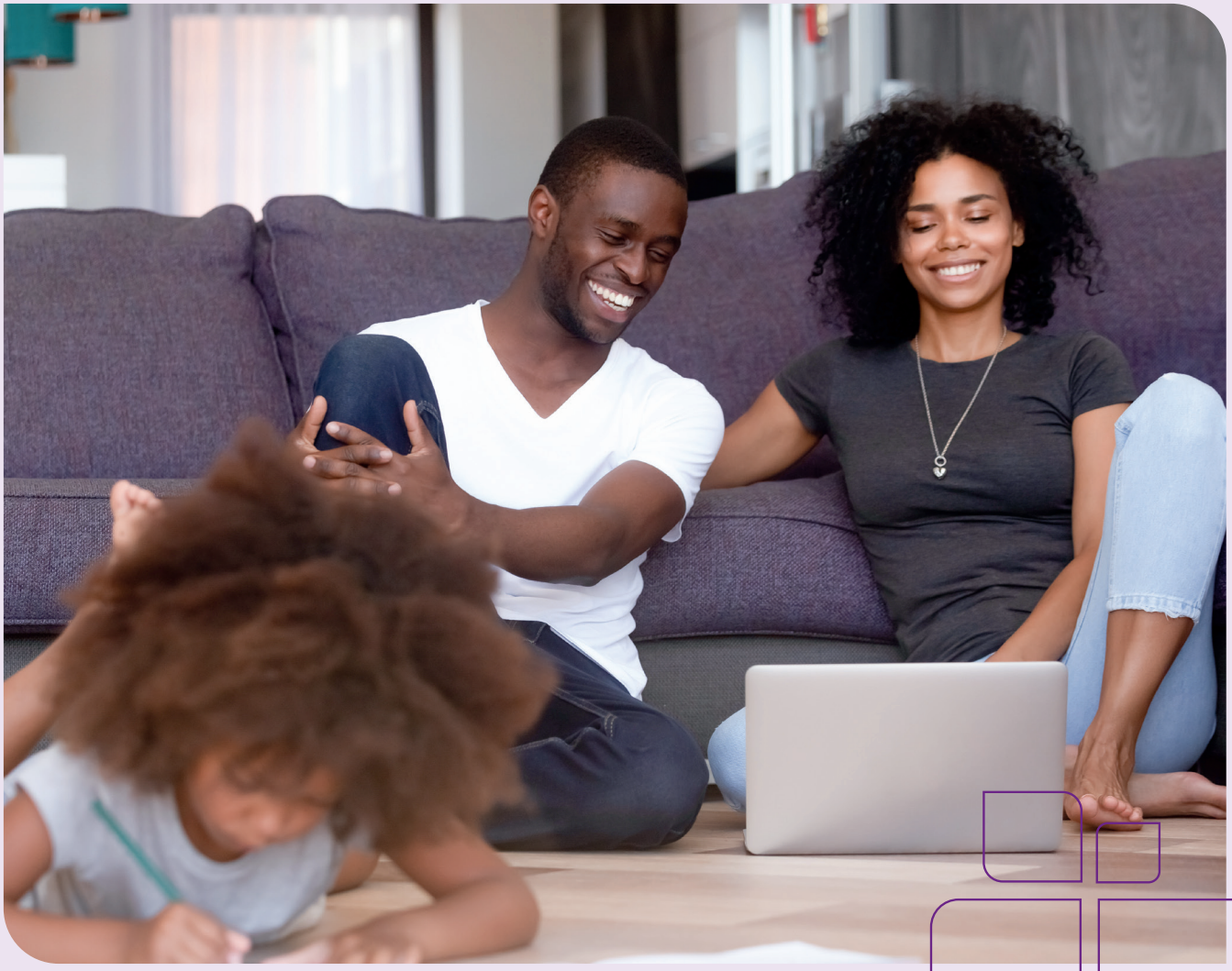
Áreas de servicio

Área de servicio de TEXAS HIX

81.69 millas



MC7779



CHRISTUS®
Health Plan

844.282.3025, TTY 711

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

CHRISTUShealthplan.org

26-1840301