CHRISTUS Health Plan

CHRISTUS ELITE

PLANES PATROCINADOS POR EMPLEADORES

Elite evidencia de cobertura de 2027

CHRISTUS ELITE PLANES PATROCINADOS POR EMPLEADORES CUBREN A LOS MIEMBROS CON LOS SIGUIENTES PLANES:

- Bronze HMO 8500 HSA
- Bronze HMO Enhanced 7500
- Silver HMO 3000
- Silver HMO 6500
- Silver HMO 3100
- Silver HMO 6150 HSA
- Silver HMO Enhanced 5300
- Gold HMO 2250
- Gold HMO 3500 HSA
- Platinum HMO 350
- Platinum HMO Enhanced 2250
- Platinum HMO 1800 HSA

EVIDENCIA DE COBERTURA de CHRISTUS Elite

Texas Health fuera del intercambio
Cobertura para grupos pequeños

Este plan de atención médica de la organización para el mantenimiento de la salud con opción de beneficios para el consumidor, en su totalidad o en parte, no da los beneficios médicos exigidos por el estado que normalmente se necesitan en las evidencias de cobertura en Texas. Este plan de beneficios médicos estándar puede 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 CON LA LEY DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN LO QUE RESPECTA A LOS NO SUSCRIPTORES Y A LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE."

Este contrato entra en vigencia a las 12:01 a. m. de la fecha en que comienza la cobertura del miembro y finaliza a las 11:59 p. m. del último día del mes por el que se pagaron las primas y la fecha en que finaliza la cobertura del miembro.

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

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

1/1/2027

CHRISTUS Health Plan ofrece CHRISTUS Elite

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

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

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

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

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

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

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

ESTA EOC NO ES UN CONTRATO COMPLEMENTARIO DE MEDICARE

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

Índice

DEFINICIONES 4
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS 15
AVISO A LOS MIEMBROS DE TEXAS HMO 15
QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS 19
CÓMO FUNCIONA EL PLAN 26
PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES 33
CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA 39
SERVICIOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS 44
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES 75
BENEFICIOS DE FARMACIA 79
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE FARMACIA 89
COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS 91
FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) 98
DISPOSICIONES GENERALES 100
Área de servicio CHRISTUS Elite 2027 109

DEFINICIONES

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

Cantidad permitida significa la cantidad máxima determinada por HMO para ser elegible para la consideración del pago de un servicio, suministro o procedimiento en particular prestado por un proveedor participante. La cantidad permitida se basa en las disposiciones del contrato del proveedor participante y en la metodología de pago vigente en la fecha del servicio, ya sea por grupos relacionados con el diagnóstico (DRG), capitación, valor relativo, lista de tarifas, tarifa diaria u otra metodología.

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

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

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.

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

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

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

- afiliado a un hospital según un acuerdo contractual con un sistema establecido para la remisión de pacientes;
- acreditado como un centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica;
- autorizado, certificado o aprobado como un programa o centro de tratamiento de dependencia química por una agencia del estado de Texas que tenga autoridad legal para autorizar, certificar o aprobar; o
- si está fuera de Texas, autorizado, certificado o aprobado como programa o centro de tratamiento de dependencia química por la agencia correspondiente del estado en el que está y que tenga autoridad legal para autorizar, certificar o aprobar.

Ecología clínica significa el diagnóstico o tratamiento para pacientes hospitalizados o ambulatorios de los síntomas alérgicos mediante:

- pruebas de citotoxicidad (prueba del resultado de una comida o inhalante para determinar si reduce o mata los glóbulos blancos);
- autoinyección de orina (inyectar la propia orina en el tejido del cuerpo);
- irritación de la piel por el método Rinkel;
- pruebas de provocación y neutralización subcutáneas (inyectar alérgenos al paciente); o
- pruebas de provocación sublinguales (se ponen microgotas de extractos alergénicos en la boca).

Porcentaje de copago significa el porcentaje de la cantidad permitida que usted debe pagar, o que debe pagarse en su nombre, a un proveedor participante en el momento del servicio en relación con los servicios cubiertos prestados según se describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

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

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

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

Copago significa la cantidad en dólares que debe pagar usted o que debe pagarse en su nombre a un proveedor participante en el momento del servicio en relación con los servicios cubiertos prestados según se describe en **SERVICIOS Y BENEFICIOS CUBIERTOS**.

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

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

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

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

profesional capacitado o competente puede prestar estos servicios para ayudar con las necesidades médicas de rutina (p. ej., atención y vendajes simples, administración de medicamentos de rutina, etc.) y para ayudar con las actividades de la vida diaria (p. ej., bañarse, comer, vestirse, etc.).

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

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

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

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

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

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

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

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

Sensibilidad ambiental significa el tratamiento con hospitalización o ambulatorio de los síntomas alérgicos mediante el control del medio ambiente, el saneamiento del entorno (eliminación de materiales tóxicos) o el uso de técnicas dietéticas especiales no orgánicas y no repetitivas.

Experimental/de investigación significa el uso de cualquier tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro que no se acepte como tratamiento médico estándar de la condición que se está tratando, o de cualquiera de estos elementos que requiera la aprobación de una

agencia federal u otra agencia gubernamental, si dicha aprobación no se otorgó en el momento en que se prestaron los servicios. La "aprobación" de una agencia federal significa que se aprobó el tratamiento, procedimiento, centro, equipo, medicamento, dispositivo o suministro para la condición que se está tratando y, en el caso de un medicamento, en la dosis administrada al paciente. El tratamiento médico incluye tratamiento médico, quirúrgico o dental. "Tratamiento médico estándar" significa los servicios o suministros que son de uso general en la comunidad médica de los Estados Unidos, y:

- se demostró en la literatura revisada por pares que tiene un valor médico científicamente establecido para curar o aliviar la condición que se está tratando;
- son apropiados para el hospital o el proveedor participante; y
- el profesional de atención médica tiene la capacitación y la experiencia adecuadas para dar el tratamiento o procedimiento.

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

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

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

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

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

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

Profesionales de atención médica significa médicos, enfermeros, audiólogos, asistentes médicos, primeros asistentes de enfermería, acupunturistas, psicólogos clínicos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, patólogos del habla y el lenguaje, asistentes quirúrgicos y otros profesionales dedicados a la prestación de servicios de atención médica que están autorizados, ejercen bajo una autorización institucional o están certificados, o que ejercen bajo la autoridad de un médico, una asociación profesional legalmente constituida u otra autoridad conforme a la ley estatal.

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

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

Hospital significa una institución de cuidados intensivos que:

- está debidamente autorizada por el estado en el que se encuentra y debe estar acreditada por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o certificada bajo Medicare;
- se dedica principalmente a dar atención médica y tratamiento a personas enfermas y lesionadas, con hospitalización, mediante instalaciones médicas, de diagnóstico y de cirugía mayor;
- presta todos los servicios en sus instalaciones bajo la supervisión de un personal de médicos;
- presta servicios médicos y de enfermería las veinticuatro (24) horas del día; y
- tiene un plan de revisión de utilización del hospital.

Servicios del hospital (salvo que estén expresamente limitados o excluidos en esta EOC) significa aquellos servicios cubiertos médicamente necesarios que suelen prestar los hospitales generales de agudos, y que el PCP ordena, dirige o autoriza.

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

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

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

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

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

- una anomalía subjetiva u objetiva detectada por un médico o paciente en una mama;
- una anomalía observada por un médico en una mamografía de control;

- una anomalía previamente identificada por un médico como probablemente benigna en una mama para la cual un médico recomienda imágenes de seguimiento; o
- una persona con antecedentes personales de cáncer de mama o tejido mamario denso.

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

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

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

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

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

- son esenciales para el diagnóstico o para la atención y el tratamiento directos de la condición, dolencia, enfermedad, lesión o mal funcionamiento corporal, son coherentes con ellos y se prestan para esos fines;
- se prestan de acuerdo con las normas de práctica médica generalmente aceptadas en los Estados Unidos y de manera coherente con ellas;
- no son principalmente para su conveniencia ni la conveniencia de su proveedor participante; y
- son los suministros o niveles de servicio más económicos que sean adecuados para que su tratamiento sea seguro y eficaz.

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

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

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

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

1. El diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, trastorno o condición mental listada en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association*, según sus revisiones, o cualquier otro sistema de codificación de diagnóstico que use HMO o su administrador de salud conductual designado, ya sea que la causa de la enfermedad, trastorno o condición sea o no de naturaleza u origen físico, químico o mental;
2. El diagnóstico o tratamiento de cualquier síntoma, condición, enfermedad o trastorno por un proveedor participante cuando el servicio cubierto es:
   - psicoterapia individual, grupal, familiar o conjunta,
   - consejería,
   - psicoanálisis,
   - pruebas y evaluaciones psicológicas,
   - la administración o el monitoreo de drogas psicotrópicas o
   - visitas en el hospital (si corresponde) o consultas en un centro listado en el punto 5, abajo;
3. Tratamiento electroconvulsivo;
4. Medicamentos psicotrópicos;
5. Cualquiera de los servicios indicados en los **puntos 1-4** arriba, hechos en o por un hospital (si corresponde) u otro centro o unidad con autorización que dé dicha atención.

Centro de tratamiento de salud mental significa un centro que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Remisión significa indicaciones o instrucciones específicas de su PCP, según las políticas y procedimientos de HMO que lo dirigen a un proveedor participante para recibir atención médicamente necesaria.

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

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

Centro de tratamiento residencial para niños y adolescentes significa una institución de cuidado infantil que da atención residencial y tratamiento para niños y adolescentes con trastornos emocionales y que está acreditada como centro de tratamiento residencial por el Consejo de Acreditación, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica o la American Association of Psychiatric Services for Children.

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

Los costos de atención de rutina del paciente no incluyen:

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

Enfermedad mental grave significa las siguientes enfermedades psiquiátricas según la definición de la American Psychiatric Association en el Manual de diagnóstico y estadístico (DSM):

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

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

Centro de enfermería especializada significa una institución o parte distinta de una institución que está autorizada o aprobada por la ley estatal o local, y que da principalmente atención de enfermería especializada y servicios relacionados como un centro de enfermería especializada, un centro de atención extendida o un centro de atención de enfermería aprobado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica, la Oficina de Hospitales de la American Osteopathic Association o según lo determine HMO para cumplir los estándares razonables que aplica cualquiera de esas autoridades.

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

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

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. Cubrimos los servicios de teleodontología de la misma manera que los servicios prestados en una visita en el consultorio. Cubrimos estos servicios incluso si usted o su proveedor están fuera de Texas en el momento de la visita.

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

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

Cubrimos estos servicios incluso si usted o su proveedor están fuera de Texas en el momento de la visita.

Servicios médicos de telemedicina significa un servicio de atención médica iniciado por un médico o prestado por un proveedor profesional médico que actúa bajo la delegación y supervisión de un médico, para fines de evaluación del paciente por un profesional médico, diagnóstico o consulta por un médico, tratamiento o transferencia de datos médicos, que requiere el uso de tecnología avanzada de telecomunicaciones, que no sea por teléfono ni fax, incluyendo:

- transmisión de video, audio o datos interactivos digitales comprimidos;
- transmisión de datos clínicos mediante imágenes por computadora mediante captura de imágenes fijas y almacenamiento y reenvío; y

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

Cubrimos estos servicios incluso si usted o su proveedor están fuera de Texas en el momento de la visita.

Consumidor de tabaco significa una persona a la que las leyes estatales y federales le permiten consumir tabaco legalmente, cuyo consumo de tabaco (que no sea el uso religioso o ceremonial del tabaco) ocurre en promedio cuatro o más veces por semana y ocurrió por última vez en los últimos seis meses (o cualquier otro significado requerido o permitido por la ley aplicable). El tabaco incluye, entre otros, cigarrillos, cigarros, tabaco de pipa, tabaco sin humo, rapé, etc. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente al número gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación o visite el sitio web en www.christushealthplan.org.

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

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

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

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 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 (Texas Department of Insurance) visitando www.tdi.texas.gov o llamando al 800-252-3439.

Lista de médicos

Puede obtener un directorio de proveedores de atención médica que están en la red de su plan.

Puede obtener el directorio en línea en www.christushealthplan.org o llamando al 844-856-0826.

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 *Resumen 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.
- Presenta tu 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.
- Siga nuestro proceso de queja y apelación cuando no esté conforme 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 *Resumen de beneficios*. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department) cuando tenga preguntas sobre su Plan.

QUIÉN RECIBE LOS BENEFICIOS

Elegibilidad

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

No se impone ningún período de afiliación en virtud del plan de beneficios médicos.

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

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

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

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

Nota: Ningún período de espera puede exceder los 90 días a menos que lo permita la ley aplicable. Si nuestros registros muestran que su Grupo tiene un período de espera que excede el período de tiempo permitido por la ley aplicable, entonces HMO se reserva el derecho de comenzar su cobertura en una fecha que creemos que está en el período necesario. Independientemente de si ejercemos ese derecho, su Grupo es responsable de su período de espera. Si tiene preguntas sobre su período de espera, comuníquese con su Grupo.

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

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

   Además, un dependiente incluirá a un hijo para quien el suscriptor o el cónyuge del suscriptor o la pareja de hecho sea un tutor legal designado por el tribunal, siempre que se presente prueba de dicha tutela con el formulario de solicitud/cambio de inscripción del posible dependiente; o
4. ser un hijo de cualquier edad que sea y siga siendo incapaz de mantener un empleo debido a una discapacidad intelectual o impedimento físico, y que dependa principalmente del suscriptor para recibir apoyo económico y manutención. El suscriptor debe dar a HMO un formulario de Declaración de discapacidad del hijo dependiente, incluyendo una certificación médica de discapacidad, en un plazo de treinta y un (31) días a partir de la fecha de dicha certificación médica después de que el hijo alcance la edad límite y, posteriormente, según lo requiera HMO, pero no más de una vez al año; o
5. tener una orden judicial para que se dé cobertura a un cónyuge o hijo menor de edad bajo el plan de beneficios médicos del suscriptor y se hará una solicitud de inscripción en los treinta y un (31) días posteriores a la emisión de la orden judicial.
6. ser nieto del asegurado o miembro del grupo si el nieto es:
   - soltero;
   - menor de 25 años; y
   - dependiente del asegurado o miembro del grupo para fines del impuesto federal sobre la renta en el momento en que se hace la solicitud de cobertura del nieto; y

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

Pérdida de elegibilidad. Debe avisar a HMO sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad, o la de sus dependientes, para recibir servicios o beneficios en virtud de esta EOC en un plazo de treinta y un (31) días a partir del cambio.

Inscripción y fecha de inicio de la cobertura

HMO no negará la inscripción o reinscripción a ninguna persona que cumpla los requisitos de elegibilidad de suscriptor o dependiente debido a su estado de salud, edad, necesidad de servicios de atención médica o la existencia de una condición física o mental preexistente, incluyendo el embarazo. Sin embargo, ninguna persona cuya cobertura se haya terminado conforme a **DISPOSICIONES GENERALES, Cancelación de la cobertura**, es elegible para reinscribirse. HMO no cancelará su cobertura debido a su estado de salud ni a necesidades de atención médica.

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

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

Otros sucesos de inscripción. La cobertura en virtud de esta EOC para las personas que pasen a ser elegibles en momentos que no sean la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta del Grupo entrará en vigencia según se indica en los **puntos 1-6** abajo, solo si HMO recibe oportunamente el formulario completo de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables. "Oportunamente" significa en los treinta y un (31) días a partir de la fecha del suceso, a menos que el Grupo y HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

1. **Empleado recién elegible.** Cada nuevo empleado del Grupo que sea elegible para la cobertura en un momento que no sea la inscripción inicial o el Período de inscripción abierta grupal puede inscribirse a uno mismo y a los Dependientes elegibles. Si la solicitud no se hace a tiempo, es posible que el nuevo empleado elegible no se agregue hasta el próximo Período de inscripción abierta grupal. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes siguiente a la fecha en que el empleado es elegible, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.
2. **Dependientes recién elegibles.** El suscriptor puede inscribir a cualquier persona que pase a ser un dependiente recién elegible al completar y enviar a HMO un formulario de solicitud/cambio de inscripción en un plazo de treinta y un (31) días después de alcanzar la elegibilidad. No se

necesita prueba de asegurabilidad. La fecha de inicio de la cobertura será la fecha del suceso, es decir, matrimonio, establecimiento de una unión de hecho, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda de adopción o tutela, a menos que el Grupo y HMO especifiquen y acuerden lo contrario. Los Dependientes recién elegibles que no se agreguen a la cobertura en los treinta y un (31) días posteriores al suceso entrarán en vigencia de acuerdo con las disposiciones para inscritos tardíos.

3. **Cobertura para niños recién nacidos.** La cobertura será automática para el hijo recién nacido del suscriptor, de su cónyuge o de su pareja de hecho durante los primeros sesenta (60) días después de la fecha de nacimiento. La cobertura continuará después de los sesenta (60) días solo si el niño es un dependiente elegible y Usted informa a HMO (verbalmente o por escrito) o presenta a tiempo a HMO una Solicitud de inscripción/formulario de cambio y hace o acepta hacer cualquier pago adicional de prima de acuerdo con este EOC. La fecha de inicio de la cobertura para niños recién nacidos será la fecha de nacimiento del recién nacido. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

4. **Niños recién adoptados.** La cobertura será automática para un hijo recién adoptado del suscriptor durante los primeros treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el suscriptor sea parte en una demanda de adopción o durante treinta y un (31) días a partir de la fecha en que la adopción sea definitiva. La cobertura continuará después de los treinta y un (31) días solo si el hijo es un dependiente elegible y usted presenta a HMO un formulario de solicitud/cambio de inscripción en un plazo de treinta y un (31) días después de la fecha en que el suscriptor se convierta en parte en una demanda de adopción o de la fecha en que la adopción sea definitiva, y paga o acepta pagar cualquier pago de prima requerido de acuerdo con esta EOC. La fecha de inicio de la cobertura para niños recién adoptados será la fecha en que inicie una demanda de adopción o la fecha en que la adopción sea definitiva. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

5. **Dependientes cubiertos por orden judicial.** Los hijos dependientes para quienes el suscriptor haya recibido una orden judicial que necesita que el suscriptor proporcione cobertura médica estarán cubiertos por un período inicial de treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el grupo reciba el aviso de la orden judicial. La cobertura continuará más allá de los treinta y un (31) días solo si presenta a HMO el Formulario de Solicitud/Cambio de Inscripción correspondiente en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de recepción de la orden judicial del Grupo y hace o acepta hacer pagos adicionales de Primas de acuerdo con esta EOC. La Fecha de inicio de la Cobertura para Dependientes ordenados por la corte será la fecha en que el Grupo reciba la orden judicial. El formulario de solicitud/cambio de inscripción se puede encontrar en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org.

   La cobertura para un cónyuge dependiente para quien el suscriptor haya recibido una orden judicial que requiera que usted dé cobertura médica comenzará el primer día del mes después de que HMO reciba el formulario correspondiente de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables, si HMO recibe dicho formulario y dichos pagos en un plazo de treinta y un (31) días después de la emisión de la orden judicial.

6. **Inscritos tardíos; Eventos especiales de inscripción.** Los Suscriptores o Dependientes elegibles inicial o recientemente elegibles para la inscripción que no se inscriban en los treinta y un (31) días posteriores a la elegibilidad son inscritos tardíamente y solo pueden inscribirse durante un Período de inscripción abierta grupal posterior. Un suscriptor o dependiente elegible no es un inscrito tardío en las siguientes situaciones:

   a. **Adiciones familiares.** En caso de matrimonio, establecimiento de una unión de hecho, nacimiento, adopción, convertirse en parte en una demanda de adopción o recibir una orden judicial para dar cobertura al cónyuge o los hijos de un suscriptor (o de una persona elegible como suscriptor), un suscriptor que no se inscribió cuando era elegible inicialmente puede inscribirse a sí mismo e inscribir a cualquier persona que pase a ser elegible como dependiente, según se establece abajo. No se necesita prueba de asegurabilidad. Si el formulario de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables no se presentan oportunamente, estas personas son inscritos tardíos y solo pueden inscribirse en un Período de inscripción abierta del Grupo posterior.

      (1) **Matrimonio o unión de hecho.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor y al cónyuge o pareja conviviente del Suscriptor en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha del matrimonio o la entrada en una pareja doméstica. La Fecha de inicio de la Cobertura es el primer día del mes siguiente a la fecha del evento, a menos que el Grupo y la HMO especifiquen y acuerden lo contrario.

      (2) **Nacimiento o adopción.** El Suscriptor puede inscribir al Suscriptor, al cónyuge o pareja conviviente del Suscriptor o a los hijos recién nacidos o recién adoptados del Suscriptor. La fecha de inicio de la cobertura será la fecha de nacimiento, adopción o convertirse en parte en una demanda por adopción.

      (3) **Dependientes cubiertos por orden judicial.** El suscriptor puede inscribir al cónyuge o a los hijos para quienes usted haya recibido una orden judicial que requiera que usted dé cobertura médica.

         (a) **Hijos cubiertos por orden judicial:** Un Suscriptor puede inscribirse a sí mismo, si aún no está cubierto, y a dichos niños sujetos a la orden judicial. La fecha de inicio de la cobertura es a partir de la fecha en que el grupo recibe el aviso de la orden judicial si HMO recibe la solicitud/formulario de cambio de inscripción en los treinta y un (31) días posteriores a la fecha en que el grupo recibe una orden judicial o aviso de una orden judicial, y usted hace o acepta hacer otros pagos de la Prima.

         (b) **Cónyuge cubierto por orden judicial:** La fecha de inicio de la cobertura será el primer día del mes después de que HMO reciba el formulario de solicitud/cambio de inscripción, si HMO recibe dicho formulario en un plazo de treinta y un (31) días después de la emisión de la orden judicial y usted paga o acepta pagar cualquier pago de prima adicional.

   b. **Pérdida de otra cobertura.** Cualquier persona elegible como suscriptor o dependiente que no se haya inscrito cuando fue elegible inicialmente puede inscribirse si se cumple cada una de las siguientes condiciones, y si HMO recibe los formularios completos de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables en un plazo de treinta y un (31) días después

de la fecha en que finalice la cobertura o después de que se deniegue un reclamo por haberse alcanzado el límite de por vida en virtud de otro Plan de beneficios médicos, un Plan de beneficios médicos autofinanciado del empleador u otra cobertura de seguro médico (a los que se hace referencia colectivamente en esta subsección como "Plan de beneficios médicos anterior"):

(1) usted o cualquier Dependiente elegible estaba cubierto por un plan de beneficios médicos anterior en el momento en que inicialmente era elegible para inscribirse;

(2) usted rechazó la inscripción, por escrito, para usted o sus dependientes en el momento de la elegibilidad inicial, indicando que la cobertura de un plan de beneficios médicos anterior fue la razón para rechazar la inscripción; y

(3) usted o cualquier dependiente elegible perdió la cobertura bajo un plan de beneficios médicos anterior como resultado de:

(a) terminación de la relación laboral;

(b) una reducción en el número de horas de empleo;

(c) terminación de la cobertura de su plan de beneficios médicos anterior;

(d) usted o su dependiente presentan en un reclamo que cumpliría o excedería un límite de por vida en todos los beneficios bajo la cobertura del plan de beneficios médicos anterior;

(e) el plan de beneficios médicos anterior ya no ofrece ningún beneficio a la clase de personas en situación similar que lo incluyen a usted o a sus dependientes;

(f) si la cobertura fue mediante una organización de mantenimiento de la salud, usted o sus dependientes ya no residen, viven ni trabajan en el área de servicio de la organización de mantenimiento de la salud y no hay otra opción de beneficio disponible;

(g) terminación de la contribución a la prima hecha por el empleador anterior;

(h) finalización del estado de dependiente (por ejemplo, debido a la muerte de un cónyuge, divorcio, separación legal o alcanzar la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente bajo el plan de beneficios médicos anterior); o

(i) vencimiento del período de continuación de la cobertura del plan de beneficios médicos anterior bajo el Título X de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), según enmendada, o bajo las disposiciones de continuación del Código de Seguros de Texas.

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

c. **Pérdida de cobertura gubernamental del Dependiente.** Una persona que sea elegible para inscribirse y que haya perdido la cobertura de Medicaid (Título XIX de la Ley del Seguro Social), salvo la cobertura que consista únicamente en beneficios en virtud de la Sección 1928 de dicha Ley (42 USC Sección 1396s) o en virtud del Programa de Seguro Médico para Niños de Texas (CHIP), Capítulo 62, Código de Salud y Seguridad, no es un inscrito tardío,

siempre que HMO reciba los formularios correspondientes de solicitud/cambio de inscripción y los pagos de primas aplicables en un plazo de sesenta (60) días después de la fecha en que dicha persona pierda la cobertura. La cobertura entrará en vigencia el día después de que finalice la cobertura anterior.

d. **Programa de reembolso de pago de primas de seguro médico (HIPP).** Una persona que es elegible para inscribirse y que es beneficiaria de asistencia médica bajo el Programa Medicaid del estado de Texas o está inscrita en CHIP, y que participa en el Programa de Reembolso HIPP del estado de Texas puede inscribirse sin restricciones de período de inscripción. Si la persona no es elegible a menos que se inscriba un familiar, tanto la persona como el familiar pueden inscribirse. La fecha de inicio de la cobertura es el primer día del mes después de que HMO reciba (i) un aviso por escrito de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, o (ii) formularios de inscripción de usted, siempre que HMO reciba dichos formularios y los pagos de primas aplicables en un plazo de sesenta (60) días después de la fecha en que la persona pase a ser elegible para participar en el Programa de Reembolso HIPP.

CÓMO FUNCIONA EL PLAN

Información del proveedor

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

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

HMO y los proveedores participantes no tienen ninguna responsabilidad económica por los servicios que busque o reciba de un proveedor o centro no participante, excepto como se establece abajo, a menos que tanto su PCP como HMO hayan hecho arreglos previos de autorización de remisión.

Cómo seleccionar un PCP

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

Las afiliadas pueden seleccionar, además de un médico de atención primaria, a un obstetra o ginecólogo para dar al Miembro servicios de atención médica que estén dentro del alcance de la práctica profesional de la especialidad de un obstetra o ginecólogo debidamente acreditado.

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

Su PCP

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

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

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

Cómo cambiar su PCP

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

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

Continuidad de la atención

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

- Tiene una discapacidad, una condición aguda, una enfermedad potencialmente mortal, está programado para someterse a una cirugía no electiva (incluyendo la recepción de atención postoperatoria) o está embarazada; y
- El proveedor se compromete a seguir aceptando el mismo reembolso que se aplicaba cuando participaba en la red de HMO, y a no solicitarle a usted el pago de ninguna cantidad por la que usted no sería responsable si el proveedor todavía participara en la red de HMO.

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

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

Especialista como PCP

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

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: www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-856-0826 y preguntar por un proveedor participante.

Disponibilidad de proveedores

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

Servicios fuera de la red

Puede obtener servicios cubiertos de proveedores que no forman parte de la red de proveedores participantes de HMO cuando recibe atención de emergencia. Además, los dependientes cubiertos por orden judicial que vivan fuera del área de servicio pueden usar proveedores no participantes.

Si los servicios cubiertos no están disponibles de los proveedores participantes en los requisitos de acceso establecidos por la ley y la normativa, HMO le permitirá usar un proveedor no participante para servicios cubiertos médicamente necesarios, que no sean atención de emergencia, según lo aprobado por la HMO. Este proceso se hace mediante una solicitud de remisión, que se aprobará en un plazo de cinco días laborables. Cuando los servicios los preste un médico o proveedor de un centro fuera de la red en un centro dentro de la red, un proveedor de diagnóstico por imágenes que no pertenece a la red, un proveedor de servicios de laboratorio, o si no se le da la opción de elegir un médico o proveedor de la red, el Plan reembolsará por completo al médico fuera de la red a la tarifa usual y acostumbrada. Si recibe una factura del saldo de un proveedor no participante, comuníquese con nosotros.

Atención en el hospital de personas que no son PCP

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

Comunicación con el proveedor

HMO no prohibirá, intentará prohibir ni disuadirá a ningún proveedor de hablar sobre cualquier información u opinión relacionada con su atención médica o comunicársela a usted o a la persona que usted designe, cualquier disposición del plan de beneficios médicos en la medida en que se relacione con sus necesidades médicas, o el hecho de que el contrato del proveedor con HMO haya terminado o de que el proveedor ya no prestará servicios en virtud de HMO.

Sus responsabilidades

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

Negativa a aceptar tratamiento

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

Pago de primas

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

Falta de pago

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

Cambio en las tarifas de las primas

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

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

Procedimiento de quejas de los miembros

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

Tarjeta de identificación

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

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

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

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

Recuerde que cada vez que se produce un cambio en su familia, puede ser necesario que se le emita una nueva tarjeta de identificación a usted o a cada dependiente cubierto (consulte la sección **QUIÉN RECIBE**

LOS BENEFICIOS para obtener instrucciones cuando se hacen cambios). Al recibir el cambio en la información, HMO dará una nueva tarjeta de identificación.

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

El uso no autorizado, fraudulento, inapropiado o abusivo de las tarjetas de identificación emitidas a Usted y a sus dependientes cubiertos incluirá, entre otras, las siguientes acciones, cuando sea intencional:

a. Uso de la tarjeta de identificación antes de su fecha de inicio de cobertura;
b. Uso de la tarjeta de identificación después de su fecha de cancelación de la cobertura bajo la EOC;
c. Obtener medicamentos con receta u otros beneficios para personas no cubiertas por la EOC;
d. Obtener medicamentos con receta u otros beneficios que no están cubiertos por la EOC;
e. Obtener medicamentos cubiertos para su reventa o para uso de cualquier persona que no sea la persona para la que está escrita la orden de receta, aunque la persona esté cubierta por la EOC;
f. Obtener medicamentos cubiertos sin una orden de receta o mediante el uso de una orden de receta falsificada o alterada;
g. Obtener cantidades de medicamentos con receta que excedan los estándares de uso médicamente necesarios o prudentes o que eludan las limitaciones de cantidad del EOC;
h. Obtener medicamentos con receta usando órdenes de receta para los mismos medicamentos de múltiples proveedores;
i. Obtener medicamentos con receta de varias farmacias mediante el uso de la misma orden de receta.

2. El uso fraudulento o intencionalmente no autorizado, abusivo u otro uso indebido de tarjetas de identificación de cualquier miembro puede resultar, entre otros, en la aplicación de las siguientes sanciones a todos los miembros cubiertos por su cobertura:

a. Denegación de beneficios;
b. Cancelación de la cobertura bajo la EOC para todos los miembros bajo su cobertura;
c. Recuperación de usted o de cualquiera de sus dependientes cubiertos de cualquier pago de beneficios hecho;
d. Aprobación previa de compras de medicamentos y servicios médicos para todos los miembros que reciben beneficios bajo su cobertura;
e. Aviso a las autoridades correspondientes de potenciales infracciones de la ley o la ética profesional.

Reembolso de reclamos de miembros

No se espera que usted haga pagos, aparte de los copagos requeridos, porcentaje de copago, y cualquier deducible aplicable, por cualquier beneficio dado en virtud del presente. Sin embargo, si hace dichos pagos, puede enviar a HMO un reclamo de reembolso y, cuando haya un reembolso, el proveedor le hará dicho reembolso. Su reclamo solo se permitirá si avisa a HMO en los noventa (90) días a partir de la fecha en que se incurrió por primera vez en los gastos cubiertos, a menos que se pueda demostrar que no era razonablemente posible dar aviso en el límite de tiempo, y que el aviso se dio tan pronto como fue razonablemente posible. Sin embargo, no se permitirán beneficios si el aviso de reclamo se hace después

de un (1) año a partir de la fecha en que se usaron los gastos cubiertos, excepto para reclamos de medicamentos con receta que deben presentarse en los noventa (90) días posteriores a la fecha de compra para calificar para el reembolso bajo los beneficios de farmacia. Debe presentar una prueba escrita de dicho pago a HMO en el plazo de un (1) año de la ocurrencia.

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

Reconsideración de reclamos o beneficios

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

CHRISTUS Health Plan

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS Y APELACIONES

Consultas de clientes

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

Cómo presentar una queja ante la HMO

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

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

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

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

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

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

Si disputa la resolución de la queja, puede seguir el proceso de apelación de quejas de HMO descrito en **Cómo apelar la decisión de una queja de HMO**. Si su plan médico se rige por la Ley de Seguridad de

Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), tiene derecho a iniciar una acción civil bajo 502 (a) de ERISA.

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

Revisión de utilización retrospectiva

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

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

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

Cómo apelar la decisión de una queja de HMO

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

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

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

Los representantes del panel de apelación de quejas no habrán estado implicados previamente en la decisión en disputa. Los médicos u otros proveedores deben tener experiencia en el área de atención que está en disputa y deben ser independientes de cualquier médico o proveedor que haya tomado una determinación previa. Si la atención especializada está en disputa, el panel de apelación de quejas debe

incluir a una persona que sea especialista en ese campo. Los miembros de la HMO en el panel de apelación de quejas no serán empleados de la HMO.

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

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

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

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

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

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

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

- información en la que se basa para tomar la decisión;
- información presentada, considerada o generada en el curso de la toma de la decisión, ya sea que se haya confiado o no en ella para tomar la decisión;
- descripciones del proceso administrativo y las salvaguardias que se usaron para tomar la decisión;
- registros de cualquier revisión independiente de HMO;

- juicios médicos, incluyendo si un servicio en particular es experimental, de investigación o no médicamente necesario o apropiado; y
- consejería y consulta de expertos obtenidos por HMO en relación con el reclamo denegado, ya sea que se haya tenido en cuenta o no dicha consejería para tomar la decisión.

Cómo apelar ante el Departamento de Seguros de Texas

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

Puede presentar una queja de TDI:

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

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

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

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

Cómo apelar una determinación adversa

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

La HMO mantiene un sistema de apelación interno que da procedimientos razonables para el aviso, revisión y resolución de una apelación oral o escrita relacionada con la insatisfacción o el desacuerdo con una determinación adversa. Usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado debe iniciar una apelación de una determinación adversa (que no forma parte del proceso de quejas). Cuando usted, una persona que actúe en su nombre o su proveedor registrado exprese verbalmente o por escrito cualquier insatisfacción o desacuerdo con una determinación adversa, HMO o un agente de revisión de utilización tratará dicha expresión como una apelación de una determinación adversa.

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

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

El aviso de la decisión final de HMO sobre la apelación incluirá las razones dentales, médicas y contractuales de la resolución; base clínica para la decisión y la especialización del proveedor que se consultó. Una denegación también incluirá un aviso de su derecho a que una IRO revise la denegación y los procedimientos para obtener una revisión.

Apelación acelerada de una determinación adversa

(Emergencias, medicamentos con receta o infusiones intravenosas y situaciones de hospitalización continua)

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

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

Cómo apelar ante una organización de revisión independiente (IRO)

Este procedimiento (que no forma parte del proceso de quejas) se refiere solo a las apelaciones de determinaciones adversas. En circunstancias relacionadas con medicamentos con receta e infusiones intravenosas, de atención urgente o potencialmente mortales, o si no recibe una decisión oportuna, tiene

derecho a una apelación inmediata ante una IRO y no está obligado a cumplir el proceso de apelación de una determinación adversa de HMO.

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

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

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

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

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

CÓMO FUNCIONA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

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

¿Qué es la autorización previa?

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

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

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

Si tiene preguntas sobre el proceso de autorización previa o qué servicios necesitan autorización previa, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-856-0826.

¿Cómo se obtiene la autorización previa?

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

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

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

Para asegurarse de que hayamos procesado una autorización previa, llame a Servicios para Miembros al 1-844-856-0826. Las determinaciones se emitirán en un plazo de 3 días calendario a partir de la recepción de una solicitud completa de autorización previa. Si no emitimos una autorización previa, se puede denegar el reclamo.

¿Cómo funciona el proceso?

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

y el plan y los proveedores de atención médica en ejercicio las desarrollaron. Si no existen directrices para un determinado servicio o tratamiento, se usan herramientas de recursos basadas en evidencia médica científica revisada por pares. La determinación para las solicitudes de no hospitalizados se proporcionará a más tardar el tercer día calendario después de la fecha en que se reciba la solicitud. La determinación de los servicios de atención hospitalaria se proporcionará en las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. La determinación de los servicios para el tratamiento posterior a la estabilización, o una condición potencialmente mortal, se proporcionará en 1 hora a partir de la recepción de la solicitud.

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

¿Qué servicios necesitan autorización previa?

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

- Todas las hospitalizaciones médicas para pacientes internados de atención aguda, incluidos los servicios posteriores a la estabilización, excepto según lo establecido en Atención de maternidad;
- Todos los servicios para pacientes internados de salud mental, salud conductual y abuso de sustancias;
- Todas las hospitalizaciones de rehabilitación para pacientes hospitalizados;
- Todas las admisiones a centros subagudos;
- Todas las hospitalizaciones de cuidados agudos de largo plazo para pacientes hospitalizados;
- Servicios de ensayos clínicos;
- Operación reconstructiva;
- Disfunciones de la articulación craneomandibular (ATM) y de la articulación temporomandibular (ATM);
- Procedimientos quirúrgicos dentales y servicios dentales para tratamiento ortodóntico pediátrico
- Equipo médico duradero de más de $500;
- Pruebas genéticas y consejería y tratamiento de errores genéticos congénitos del metabolismo (IEM);
- Atención médica en casa;
- Servicios de hospicio, para pacientes hospitalizados y ambulatorios;
- MRI, CT, PET Scan 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;
- Operación ambulatoria;
- 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 los criterios de exención.

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

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 1-844-856-0826.

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 la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario), pero que el proveedor determina que son médicamente necesarios y apropiados, pueden enviarse para autorización previa al Centro de excepciones de farmacia por fax, teléfono o correo postal con la documentación adecuada para respaldar la necesidad médica.

No requeriremos más de una autorización previa al año para medicamentos con receta usados 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 su medicamento o infusión intravenosa no esté cubierta por el Plan. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-856-0826 para obtener más información.

Decisiones sobre autorizaciones previas, medicamentos con receta e infusiones intravenosas

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

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

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

Apelación para medicamentos con receta e infusiones intravenosas

Servicios de atención estándar/que no son de emergencia

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

Revisión acelerada/Revisión de servicios en curso

Evaluaremos las solicitudes de apelación rápida según las circunstancias extraordinarias.

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 en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). Tomaremos una decisión de apelación acelerada y le avisaremos a usted y a su proveedor de la decisión a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud de medicamentos con receta e infusiones intravenosas.

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

¿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.
- 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.

SERVICIOS CUBIERTOS Y BENEFICIOS

Copagos/porcentaje de copago

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

Deducibles

Los beneficios están disponibles bajo esta EOC después de cubrir los deducibles aplicables indicados en el **Resumen de beneficios y cobertura.** Este deducible, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de servicios cubiertos. Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar.

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

Máximos de gastos de bolsillo

HMO determinará cuándo se han alcanzado los máximos correspondientes a los servicios cubiertos con base en la información que usted y los proveedores participantes a quienes usted haya hecho pagos por servicios cubiertos den a HMO. Los máximos de desembolso personal incluirán copagos, porcentajes de copago y deducibles. Una vez que alcance el máximo de gastos de bolsillo, no está obligado a hacer pagos adicionales por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

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

Requisitos

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

- deben ser médicamente necesarios;
- el PCP o HMO debe prestarlo, prescribirlo, dirigirlo o autorizarlo con antelación;
- los debe prestar un proveedor participante;
- están sujetos al copago/porcentaje de copago y a cualquier otra cantidad adeudada que se muestre en el **Resumen de beneficios y cobertura**;
- pueden tener limitaciones, restricciones o exclusiones descritas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**; y
- pueden requerir autorización previa.

Servicios profesionales

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

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

Los servicios de telemedicina, telesalud y teleodontología son servicios cubiertos bajo este Contrato al mismo nivel y con las mismas cantidades de copago que otras visitas al consultorio.

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

Los servicios de médicos participantes para diagnóstico, tratamiento y consulta se prestan mientras usted recibe atención con hospitalización o atención ambulatoria en un centro para servicios cubiertos médicamente necesarios autorizados o atención de emergencia, según se define en este documento. La atención en el hospital la puede dirigir un médico participante que no sea su PCP.

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

Servicios dentales (limitados)

Consulte su Resumen de beneficios para conocer las cantidades de costos compartidos. Delta Dental administra los beneficios dentales. Si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales, remítase al número de teléfono de beneficios dentales que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

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

- Servicios dentales de diagnóstico y preventivos
- Atención dental básica
- Servicios principales
- Servicios de ortodoncia médicamente necesarios (requieren autorización previa)

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

Si hay dos o más miembros pediátricos cubiertos, la obligación financiera por los servicios recibidos no excederá el máximo de gasto de bolsillo correspondiente a múltiples miembros pediátricos para el proveedor utilizado. Sin embargo, una vez que un miembro pediátrico haya alcanzado su máximo de gasto de bolsillo, se considerará satisfecho para ese proveedor. Otros Miembros pediátricos cubiertos deben continuar pagando el porcentaje de copago del Miembro por los servicios cubiertos hasta que la cantidad total pagada alcance el máximo de desembolso personal usado para varios Miembros pediátricos para el proveedor usado.

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

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 bajo cualquier plan dental que incluya período de espera para adultos será acreditada para este plan. Para que dicha cobertura previa sea acreditada, debe haber estado vigente inmediatamente antes de la elección de este plan.

Descripción de los servicios dentales para beneficios pediátricos (menores de 19 años)
Pagaremos o de otro modo cumpliremos con el Nivel de beneficios de la póliza que se muestra para los Beneficios médicos esenciales cuando los proporcione un proveedor y cuando sean necesarios y habituales según las normas de práctica dental generalmente aceptadas y para 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 requerido.

2) Preventivo: limpiezas, incluido el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - boca completa (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 aplicados tópicamente que se usan para sellar surcos y fosas de desarrollo en molares permanentes con el fin de prevenir caries.
4) 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 operación oral 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) Operación oral: extracciones y otros ciertos procedimientos quirúrgicos (incluida la atención preoperatoria y posoperatoria).
  4) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
  5) Periodoncia: tratamiento de las encías y los huesos que sostienen los dientes.
  6) Reparaciones de dentaduras: reparación de dentaduras parciales o completas, incluidos procedimientos de rebase y rebase interno.
  7) Protectores nocturnos/protectores oclusales: aparatos intraorales removibles proporcionados para el tratamiento de hábitos orales perjudiciales.
- **Nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo**
  Cuando una miembro está embarazada, pagaremos los servicios adicionales para ayudar a mejorar la salud bucal de la miembro 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 componentes que se realizan al mismo tiempo que el procedimiento primario, los procedimientos componentes se consideran parte del procedimiento primario a los efectos de determinar el beneficio pagadero según 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 orales (excepto los exámenes fuera del horario de atención y los exámenes de observación) y las limpiezas de rutina, incluyendo el raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa (o cualquier combinación de las mismas) no más de 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, 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.
    c. 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. El mantenimiento periodontal solo está cubierto cuando se hace después de una terapia periodontal activa.

d. Las evaluaciones de riesgo de caries se permiten 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 los rayos X:
    a. Limitaremos la cantidad total reembolsable a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa cuando las tarifas por cualquier combinación de radiografías intraorales en una sola serie de tratamiento cumplan o excedan la tarifa aceptada para una serie intraoral completa.
    b. Cuando se presenta una radiografía panorámica con radiografía complementaria, limitaremos la cantidad total reembolsable 55 a la tarifa aceptada por el proveedor para una serie intraoral completa.
    c. Si una película panorámica se toma junto con una serie completa intraoral, consideramos que la película panorámica se incluye en la serie completa.
    d. Una serie intraoral completa y una película panorámica se limitan a una vez cada 60 meses.
    e. Las radiografías de mordida se limitan a una vez cada seis (6) meses. Las radiografías de mordida de cualquier tipo no se facturan al miembro ni a nosotros en los 12 meses posteriores a una serie de boca completa, a menos que lo justifiquen circunstancias especiales.
    f. Los procedimientos de captura de imágenes no son servicios permitidos por separado.
7) La tarifa de las pruebas de vitalidad pulpar está incluida en la tarifa de cualquier tratamiento definitivo realizado en la misma fecha.
8) La aplicación tópica de soluciones de flúor se limita a dos veces en un período de 12 meses.
9) Un mantenedor de espacio distal del zapato - fijo - unilateral está limitado a niños de 8 años o menos y está limitado a una vez por cuadrante de por vida. Se puede permitir un mantenedor de espacio separado/adicional después de la extracción de un zapato distal unilateral. La remoción de un mantenedor de espacio fijo se considera incluida en la tarifa para el mantenedor de espacio; sin embargo, se hace una excepción si la eliminación la hace un proveedor/consultorio de proveedor diferente.
10) Los selladores están limitados de la siguiente manera:
    a. Una vez cada 36 meses a los molares permanentes si no tienen caries (caries) o restauraciones en la superficie oclusal.
    b. La reparación o reemplazo de un sellador en cualquier diente en los 24 meses posteriores a su aplicación está incluida en la tarifa de la colocación original.
11) Restauraciones preventivas de resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto: el diente permanente se limita a una vez por diente en 36 meses.
12) Las consultas con especialistas cuentan para la frecuencia del examen oral. 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 una amalgama o restauraciones compuestas a base de resina (empastes) en los 24 meses posteriores al tratamiento si el servicio lo proporciona el mismo proveedor/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 la tarifa de la restauración original.
14) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) están permitidas cuando el tratamiento definitivo no se hace en la misma fecha de servicio. La tarifa de las restauraciones protectoras está incluida en la tarifa de cualquier tratamiento definitivo realizado en la misma fecha.
15) Las coronas prefabricadas de acero inoxidable están permitidas en los dientes de leche (deciduos) y los dientes permanentes hasta los 14 años. Las restauraciones de reemplazo en los 24 meses están incluidas en la tarifa de la restauración original.
16) La pulpotomía terapéutica se limita solo a los dientes de leche (deciduos); Se tiene en cuenta un tratamiento paliativo de emergencia cuando se hace en dientes permanentes.
17) La terapia pulpar (relleno reabsorbible) se limita a una vez en la vida y a los dientes incisivos primarios para los miembros hasta los seis (6) años y para los molares primarios y los caninos hasta los 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 beneficia en dientes permanentes con desarrollo incompleto del conducto radicular o para la reparación de una perforación.
19) El retratamiento de la operación apical por el mismo proveedor/consultorio del proveedor en los 24 meses se considera parte del procedimiento original.
20) Las tarifas por clavos adicionales en el mismo diente en la misma fecha se consideran un componente de la colocación inicial del pasador.
21) El tratamiento paliativo está cubierto por visita, no por diente, y la tarifa del tratamiento paliativo proporcionado junto con cualquier procedimiento que no sean radiografías o procedimientos de diagnóstico seleccionados se considera incluida en la tarifa del tratamiento definitivo.
22) Limitaciones periodontales:
    a. Los beneficios para el raspado periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada período de 24 meses. En ausencia de documentación de respaldo, no se beneficiarán 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 operación periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada período de 36 meses e incluye cualquier reingreso quirúrgico o raspado y alisado radicular realizado en los 36 meses por el mismo dentista/consultorio dental.
    c. Los servicios periodontales, incluyendo los procedimientos de injerto, solo están cubiertos para el tratamiento de dientes naturales y no están cubiertos cuando se envían junto con extracciones, operación perirradicular, aumento de cresta o implantes.
    d. Los injertos óseos no se benefician junto con los injertos de tejidos blandos en la misma área quirúrgica.
    e. La operación periodontal está sujeta a una espera de 30 días después del raspado periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.

f. Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a una espera de 30 días después del raspado periodontal y el alisado radicular si lo hace el mismo consultorio del proveedor.
g. Cuando los procedimientos de implantes son un beneficio cubierto, el raspado y el desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo están cubiertos como un beneficio básico y se limitan a una vez en un período de 24 meses.

23) La recolección y aplicación del producto concentrado de sangre autóloga se limita a una vez cada 36 meses.
24) Las coronas e inlays/onlays están cubiertas no más de una vez en cualquier período de 60 meses 57, excepto cuando determinemos que la corona o inlays/onlays existente no es satisfactoria y no puede hacerse satisfactoria porque el diente involucrado ha tenido una pérdida extensa o cambios en la estructura dental o en los tejidos de soporte. Los servicios solo se permitirán en dientes que estén maduros en desarrollo.
25) La acumulación del núcleo, incluyendo los pines, se cubre no más de una vez en un período de 60 meses.
26) El poste y el núcleo prefabricados, además de la corona, se cubren una vez por diente cada 60 meses.
27) La infiltración de resina de lesiones incipientes de superficie lisa se cubre una vez en cualquier período de 36 meses.
28) Cuando se permite en los seis (6) meses posteriores a una restauración, el beneficio de una corona, incrustación/incrustación o servicio de prostodoncia fija se reducirá por el beneficio pagado por la restauración.
29) Los aparatos de prostodoncia, los implantes o las prótesis soportadas por implantes (excepto las dentaduras postizas removibles soportadas por implantes/pilares) que se proporcionaron bajo cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán solo después de que hayan pasado 60 meses, excepto cuando determinemos que hay una pérdida tan extensa de los dientes restantes o un cambio en el tejido de soporte que el puente fijo o la dentadura postiza existente no son suficientes. 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 el contorno óseo de un defecto periimplantario, o defectos que rodean un solo implante, e incluye la limpieza de la superficie del implante expuesto, incluida la entrada y el cierre del colgajo se permite una vez cada 60 meses.
31) Un implante es un procedimiento cubierto por el plan solo si se determina que 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 coloca un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible en el mismo arco en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un beneficio.
33) La recementación de coronas, incrustaciones o puentes está incluida en la tarifa de la corona, incrustación/incrustación o puente cuando la realiza el mismo proveedor/consultorio del proveedor en los seis (6) meses posteriores a la colocación inicial.
34) La instalación inicial de un aparato de prostodoncia o implantes no es un beneficio a menos que el aparato de prostodoncia o el implante, el puente o la dentadura postiza sean necesarios mediante la extracción de dientes naturales y permanentes que se produjo durante un tiempo en que el miembro estuvo bajo un plan de Delta Dental.
35) Limitamos el pago de dentaduras a una dentadura estándar parcial o completa (se aplican los porcentajes de copago del Miembro). Una dentadura estándar significa un aparato removible para reemplazar dientes naturales permanentes faltantes que está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye atención rutinaria posterior a la colocación, incluidos cualquier ajuste y rebase durante los primeros seis (6) 58 meses después de la colocación.
    a. La rebase de la dentadura postiza está limitada a uno (1) por arco en un período de 36 meses e incluye cualquier cambio de base y ajustes durante los seis (6) meses posteriores a la colocación.
    b. Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales removibles y los rebases incluyen ajustes durante seis (6) meses después de la instalación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o realineamiento, el revestimiento 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 está permitido como un beneficio separado cuando se hace el mismo día que un servicio de rebase o rebase de dentaduras postizas.
36) Los protectores oclusales están cubiertos por un informe para miembros de 13 años o más cuando el propósito del protector oclusal es para el tratamiento del bruxismo o 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 la ortodoncia médicamente necesaria cuando los proporciona 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 solo cuando los moldes de diagnóstico verifican una puntuación mínima de 26 puntos en el Índice de Desviación Labio-Lingual (HLD) para Discapacitados o existe una de las condiciones de calificación automática abajo.
    c. Las condiciones de calificación automática son:

i. Deformidad del paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los modelos de diagnóstico, se debe presentar documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa
ii. Una sobremordida profunda que hace contacto traumático en la que los incisivos inferiores están destruyendo el tejido blando del paladar
iii. Una mordida cruzada de dientes anteriores individuales que causa destrucción del tejido blando, iv) desviación traumática grave

d. Con la solicitud de autorización previa de servicios del proveedor se deberá presentar la siguiente documentación:
   i. Formulario de reclamo de ADA 2006 o posterior con códigos de servicio solicitado;
   ii. Modelos de estudio de diagnóstico (recortados) con registro de mordida; o equivalente de 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 asignaciones para los procedimientos integrales de tratamiento de ortodoncia (D8080, D8090) incluyen todos los aparatos, ajustes, inserción, extracción y estabilización (retención) posterior al tratamiento. No se permite ningún cargo adicional al Miembro.
f. El tratamiento de ortodoncia integral incluye el reemplazo, reparación y extracción de *brackets*, bandas y arcos de alambre del proveedor original.
g. Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos de maloclusión, paladar hendido y manejo del crecimiento facial médicamente necesarios para miembros menores de 19 años y deben ser autorizados previamente.
h. Solo aquellos casos con dentición permanente se considerarán para la maloclusión por discapacidad médicamente necesaria, a menos que el miembro tenga 13 años o más y le queden 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 deben completarse antes de considerar el tratamiento de ortodoncia.
j. Cuando se proporcionen aparatos o procedimientos de ortodoncia especializados elegidos por consideraciones estéticas, haremos una asignación por el 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 y el reemplazo de un aparato de ortodoncia insertado según este plan dental que se dañó, perdió, lo robaron o se extravió no es un servicio cubierto.
l. La ortodoncia, incluidas las evaluaciones orales y todo el tratamiento, debe ser realizada por un dentista autorizado o su personal supervisado, que actúe en el alcance de la ley aplicable. El dentista registrado debe hacer una evaluación clínica en persona del paciente (o el equivalente de telesalud cuando la ley aplicable lo exija como una alternativa a una

evaluación clínica en persona) para establecer la necesidad de ortodoncia y tener información de diagnóstico adecuada, incluidas imágenes radiográficas apropiadas, para desarrollar un plan de tratamiento adecuado. La ortodoncia autoadministrada (o cualquier tipo de "hágalo usted mismo") no está cubierta.

m. La extracción de aparatos de ortodoncia fijos por razones distintas a la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

Exclusiones para beneficios pediátricos (menores de 19 años)

No pagamos beneficios por:

1) servicios que no son beneficios médicos esenciales.
2) tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes de compensación laboral o responsabilidad del empleador; Servicios recibidos sin costo de cualquier agencia federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
3) operación estética o procedimientos por razones puramente cosméticas.
4) prótesis maxilofaciales.
5) restauraciones provisionales o temporales (excepto una dentadura parcial removible provisional para reemplazar los dientes permanentes anteriores extraídos durante el período de cicatrización para niños de 16 años o menos). Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos pagaderos por separado y están incluyendo en la tarifa por el servicio completado.
6) servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (después del nacimiento), que incluyen, 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 (falta congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a niños por defectos congénitos diagnosticados médicamente o anomalías congénitas.
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 u oclusión. Los ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, férula periodontal o ajustes oclusales completos.
8) cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en que el miembro se volvió elegible para los servicios de este plan.
9) medicamentos con receta, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales/de investigación.
10) cargos por anestesia, que no sea anestesia general y sedación intravenosa administrada por un proveedor en relación con una operación oral cubierta o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados. La anestesia local y la anestesia del bloque regional o trigémino no son procedimientos pagaderos por separado.
11) injertos extraorales (injerto de tejidos desde fuera de la boca hasta tejidos orales).
12) coronas procesadas en laboratorio para dientes que no están maduros en desarrollo.
13) implantes endoóseos endodónticos.
14) incrustaciones a base de resina fabricadas indirectamente.
15) cargos por cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier tarifa adicional cobrada por el proveedor por el tratamiento en dicho centro.
16) tratamiento de alguien que no sea un proveedor o una persona que por ley puede trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.

17) los cargos que se hicieron por instrucción de higiene bucal, un programa de control de placa, programas de control preventivo que incluyen tiempos de atención domiciliaria, instrucción dietética, duplicaciones de radiografías, detección de cáncer, consejería sobre el tabaco o citas rotas no son procedimientos pagaderos por separado.
18) servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la preparación de reclamos, cualquier fase de odontología que no sea de tratamiento, como la provisión de un entorno antiséptico, la esterilización de equipos o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el curso de rutina de la prestación de tratamientos, como hisopos de algodón, gasas, baberos, máscaras o técnicas de relajación como música.
19) procedimientos con un pronóstico cuestionable basado en la revisión profesional 61 de la documentación presentada por parte de un consultor dental.
20) cualquier impuesto aplicable (o devengado) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier tarifa cobrada por los beneficios proporcionados según el Contrato, será responsabilidad del miembro y no un beneficio cubierto.
21) deducibles y/o cualquier servicio no cubierto por el plan dental.
22) servicios cubiertos que excedan las limitaciones del plan o que no cumplan con las políticas de procesamiento vigentes al momento de evaluar la reclamación.
23) la colocación inicial de cualquier aparato o implante de prostodoncia, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes naturales y permanentes extraídos mientras el miembro está cubierto por el Contrato o estaba cubierto por cualquier plan de atención dental con 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.
24) servicios para cualquier alteración de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (ATM) o musculatura, nervios y otros tejidos asociados.
25) servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes o mandíbulas) excepto ortodoncia médicamente necesaria siempre que se obtenga una autorización previa.
26) citas perdidas o canceladas.
27) las acciones tomadas para programar y garantizar el cumplimiento de las citas de los pacientes son inclusivas con las operaciones de la oficina y no son un servicio que se paga por separado.
28) las tarifas de coordinación de la atención se consideran inclusivas en la gestión general del paciente y no son un servicio que se pague por separado.
29) administración de casos dentales, entrevistas motivacionales y educación del paciente para mejorar la alfabetización en 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.
31) extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D e imagen radiográfica dental posterior extraoral.
32) pruebas de diabetes.
33) corticotomía (procedimiento de operación oral especializada asociado a ortodoncia).
34) pruebas de antígenos o anticuerpos.
35) orientación para el control y la prevención de efectos adversos para la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo.

Servicios del hospital para pacientes hospitalizados

Los servicios, excepto la atención de emergencia y el tratamiento del cáncer de mama, los deben organizar su PCP y preautorizar HMO. Los servicios cubiertos incluyen:

1. alojamiento y comida semiprivados, sin límite de número de días a menos que se indique lo contrario;
2. habitaciones privadas cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
3. dietas y comidas especiales cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
4. uso de unidades de cuidados intensivos o de cuidados cardíacos y servicios relacionados cuando sea médicamente necesario y esté autorizado por el PCP;
5. uso de quirófanos y salas de partos e instalaciones relacionadas;
6. servicios de anestesia y oxígeno;
7. servicios de laboratorio, rayos X y otros servicios de diagnóstico;
    a. Pruebas de biomarcadores
    El plan cubre las pruebas de biomarcadores con el fin de diagnosticar, tratar, manejar o monitorear la enfermedad o condición de un inscrito cuando la prueba proporciona utilidad clínica. Se proporcionará cobertura si el uso de la prueba para la condición específica del inscrito es:
        - Basado en evidencia y científicamente válido;
        - Informa el manejo clínico o el resultado del Paciente; y
        - Trata la condición para la que se solicita la prueba.
        - El plan dará esta cobertura de una manera que minimice las interrupciones en la atención, incluida la reducción de la necesidad de repetir biopsias o recolecciones de muestras biológicas. No se requerirá autorización previa para las pruebas de biomarcadores que cumplan estos criterios de acuerdo con el Código de Seguros de Texas §1372.003
8. medicina, medicamentos, productos biológicos y su administración;
    a. Cubrimos la terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR T-cell) cuando se determine que es médicamente necesaria, esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y se administre en un centro de atención médica dentro de la red calificado y certificado.
9. cuidados generales de enfermería;
10. enfermería de servicio especial y de servicio privado cuando sea médicamente necesario y autorizado por el PCP;
11. radioterapia, terapia inhalatoria y quimioterapia;
12. sangre total, incluyendo el costo y la administración de sangre total, plasma sanguíneo y expansores de plasma sanguíneo, que no se reemplaza por o para usted;
13. servicios de terapia de rehabilitación a corto plazo en un entorno hospitalario agudo;
14. tratamiento del cáncer de mama, durante un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía y veinticuatro (24) horas después de una disección de ganglios linfáticos (sin necesidad de autorización previa); sin embargo, no se necesitan dichas horas mínimas de cobertura si usted y su médico tratante determinan que es apropiado un período más corto de atención hospitalaria. Previa solicitud, la duración de la estancia puede extenderse si HMO determina que una extensión es médicamente necesaria; y

15. trasplantes de órganos y tejidos. Se necesita autorización previa para cualquier trasplante de órgano o tejido, incluso si el paciente ya está en un hospital bajo otra autorización previa. En el momento de la autorización previa, HMO asignará una duración de estancia para la admisión. Previa solicitud, la duración de la estancia puede extenderse si HMO determina que una extensión es médicamente necesaria.

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, suceso 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 mientras esté o viaje hacia y desde el sitio de trasplante;
- Comida mientras esté o viaje hacia y desde el sitio del trasplante.

El plan también cubrirá los gastos de viaje de un acompañante para acompañar al paciente como se describe arriba. 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 por viajar dentro de 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 Resumen 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.

a. los beneficios se determinarán sobre la misma base que cualquier otra enfermedad cuando el procedimiento de trasplante se considere médicamente necesario y cumpla todas las condiciones citadas anteriormente. Habrá beneficios disponibles para:

(1) un beneficiario que es un miembro cubierto por la HMO;

(2) un donante que sea miembro cubierto por la HMO; o

(3) un donante que no sea un miembro cubierto por la HMO.

b. los servicios y suministros cubiertos incluyen los prestados para:

(1) búsqueda de donantes y pruebas de aceptabilidad de posibles donantes vivos;

(2) evaluación de órganos o tejidos, incluyendo, entre otros, la determinación de la compatibilidad de tejidos;

(3) extracción de órganos o tejidos de donantes vivos o fallecidos; y

(4) transporte y almacenamiento a corto plazo de órganos o tejidos donados.

c. no hay beneficios disponibles para un miembro para los siguientes servicios y suministros:

(1) gastos de manutención o viaje del receptor o de un donante vivo;

(2) gastos relacionados con el mantenimiento de la vida de un donante con fines de donación de órganos o tejidos;

(3) compra del órgano o tejido que no sea el pago de los servicios cubiertos y los suministros identificados arriba; y

(4) órgano o tejido (xenoinjerto) obtenido de otra especie.

Servicios de centros para pacientes ambulatorios

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

1. terapia de infusión (incluyendo la quimioterapia);
2. cirugía ambulatoria;
3. radioterapia; y
4. diálisis.

Servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios

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

Servicios de rehabilitación

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

quiroprácticos, están disponibles mediante un proveedor participante cuando su PCP los autoriza o los receta previamente.

El tratamiento de la lesión cerebral adquirida estará cubierto de la misma manera que cualquier otra condición física. La terapia de rehabilitación cognitiva, la terapia de comunicación cognitiva, la terapia neurocognitiva y la rehabilitación; las pruebas o tratamientos neuroconductuales, neurofisiológicos, neuropsicológicos y psicofisiológicos; la terapia de neurofeedback, la remediación, los servicios de transición posagudos y los servicios de reintegración comunitaria, incluyendo los servicios de tratamiento diurno ambulatorio, o cualquier otro servicio de tratamiento posagudo están cubiertos si dichos servicios son necesarios como resultado de una lesión cerebral adquirida y están relacionados con ella. Para garantizar que se dé el tratamiento adecuado de atención posaguda, HMO incluye cobertura para la reevaluación periódica para un miembro que: (1) tuvo una lesión cerebral adquirida; (2) no responde al tratamiento; y (3) responde al tratamiento en una fecha posterior. Los servicios se pueden prestar en un hospital, un hospital de rehabilitación aguda o posaguda, un centro de vida asistida o cualquier otro centro en el que se puedan prestar los servicios o terapias apropiados.

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

Servicios de atención de maternidad y planificación familiar

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

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

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

expensas de HMO, cuando el médico de atención directa del recién nacido lo determine médicamente apropiado.

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

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

- Atención prenatal, incluyendo los suplementos nutricionales que son médicamente necesarios y recetados por un médico;
- Mamografías para detección y diagnóstico. Estos servicios incluyen, entre otros, exámenes de mamografía de baja dosis, incluyendo la mamografía digital y mamografía o tomosíntesis de mama en un centro de imágenes designado; y mamografías con fines de detección y diagnóstico, incluidas, entre otras, mamografías de baja dosis en instalaciones de imágenes designadas y aprobadas. Como mínimo, el plan cubrirá una mamografía anual a personas de treinta y cinco (35) años o más, mientras que las mamografías de diagnóstico no tienen restricción de edad;
- Orientación sobre quimioprevención del cáncer de mama para mujeres con más riesgo;
- Exámenes médicos citológicos (pruebas de Papanicolaou) incluyendo un examen de detección del virus del papiloma para determinar la presencia de condiciones precancerosas o cancerosas y otros problemas médicos, incluyendo el análisis de sangre CA 125. Estas pruebas están disponibles para mujeres de trece (13) años o más; y para mujeres que están en riesgo de cáncer o en riesgo de otras condiciones médicas que pueden identificarse mediante una evaluación citológica;
- Vacuna contra el virus del papiloma humano disponible para mujeres miembros de nueve (9) a catorce (14) años de edad;
- Pruebas genéticas de cáncer de mama y ovario y orientación genética basado en antecedentes familiares.
- Examen médico de detección de diabetes gestacional;
- Orientación y examen médico de detección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Examen médico de detección y consejería para violencia y abuso interpersonal y doméstico;
- Cuarenta y ocho (48) horas de atención como paciente hospitalizado después de una mastectomía; y veinticuatro (24) horas de atención como paciente hospitalizado después de la disección de ganglios linfáticos para el tratamiento del cáncer de mama; y
- Servicios relacionados con la mastectomía incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre las mamas; prótesis; y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema; acceso directo a atención obstétrica y ginecológica calificada para miembros femeninos.

CHRISTUS Health Plan

AVISO DE CIERTOS BENEFICIOS OBLIGATORIOS

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

Hospitalización después del nacimiento de un hijo

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

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

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

Si una madre cubierta o su hijo recién nacido son dados de alta antes de que pasen las 48 o 96 horas, daremos 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 con autorización apropiado, y la madre tendrá la opción de recibir la atención en su casa, en el consultorio del proveedor de atención médica o en un centro de atención médica.

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

Mastectomía o disección de ganglios linfáticos

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

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

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

Prohibiciones: No podemos (a) negar la elegibilidad o la elegibilidad continua de ninguna persona cubierta o no renovar este plan únicamente para evitar dar las horas mínimas de hospitalización; (b) dar pagos o reembolsos en dinero para animar a cualquier persona cubierta a aceptar menos del mínimo de

horas de hospitalización; (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico tratante, o penalizar al médico, porque el médico requirió que una persona cubierta recibiera las horas mínimas de hospitalización; o (d) dar incentivos económicos o de otro tipo al médico tratante para animarlo a dar atención que sea inferior al mínimo de horas.

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

PO Box 169009
Irving, Texas 75016

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

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

Cobertura 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 se haya diagnosticado o se someta a un tratamiento médico para el cáncer que puede causar directa o indirectamente infertilidad iatrogénica. Cubriremos el costo asociado al almacenamiento de ovocitos y espermatozoides durante un mínimo de tres (3) años.

Servicios de salud mental, tratamiento de salud conductual, servicios por alcoholismo y consumo 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 por consumo de alcohol y sustancias. Este plan cubrirá el diagnóstico y el tratamiento del uso de sustancias, que incluye trastornos por consumo de alcohol y drogas en un entorno hospitalario y ambulatorio. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen hospitalización por desintoxicación por consumo de alcohol y drogas, rehabilitación y hospitalización parcial.

La rehabilitación no incluye un centro de tratamiento residencial u otro centro que use un modelo social para dar rehabilitación. Los servicios para pacientes hospitalizados necesitan autorización previa y todos los servicios los debe prestar un proveedor autorizado y calificado.

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

Tratamiento de salud conductual. Este plan cubrirá el diagnóstico y tratamiento de trastornos del comportamiento o trastornos de enfermedades mentales en un hospital o de manera ambulatoria.

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

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

Servicios de emergencias

Los PCP dan cobertura a los miembros las 24 horas del día, los 365 días del año. Debe avisar a su PCP en las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a recibir atención de emergencia, o lo antes posible sin ser médicamente dañino o perjudicial para usted. HMO pagará un examen médico de detección u otra evaluación que exija la ley de Texas o la ley federal y que se haga en el departamento de emergencias (Emergency Department) de un centro de emergencias de un hospital, un centro independiente de atención médica de emergencia o un centro de emergencias comparable, cuando sea necesario para determinar si existe una condición médica de emergencia. CHRISTUS Health Plan aprobará o denegará el tratamiento de atención posterior a la estabilización en el plazo adecuado según las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios y la condición del paciente.

Atención de emergencia. Los servicios de atención de emergencia, prestados por un proveedor participante o no participante, estarán cubiertos, según las señales y síntomas presentados en el momento del tratamiento según lo documentado por el personal de atención médica tratante, ya sea que los servicios de atención de emergencia se hayan recibido en el área de servicio o fuera del área. Los servicios de atención de emergencia están sujetos al copago, porcentaje de copago y cualquier deducible, a menos que usted sea admitido con hospitalización directamente desde la sala de emergencias, en cuyo caso usted paga el copago del hospital por hospitalización y cualquier cantidad adeudada.

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

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

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

Servicios de atención de urgencia

Los servicios de atención de urgencia están cubiertos cuando los presta un proveedor de atención de urgencia para el tratamiento inmediato de una condición médica que requiere pronta atención médica, pero en la que un breve lapso antes de recibir los servicios no pondrá en peligro la vida ni la salud de

forma permanente y no requiere servicios de atención de emergencia. También se pueden aplicar otros cargos descritos en **Servicios de laboratorio y rayos X para pacientes ambulatorios** o **Servicios de centros para pacientes ambulatorios**.

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

Servicios de ambulancia

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

Servicios de atención extendida

Los servicios cubiertos incluyen esto cuando lo receta el PCP y lo autoriza la HMO. Los servicios pueden tener más limitaciones como se indica en el **Resumen de beneficios y cobertura**, y restricciones o exclusiones descritas en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

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

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

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

Servicios preventivos y de mantenimiento de la salud

Los servicios cubiertos, que pueden requerir autorización previa y no estarán sujetos a ningún copago, porcentaje de copago, deducible ni máximo en dólares, incluyen artículos o servicios basados en evidencia que tengan una calificación vigente de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (“USPSTF”) o según lo exija la ley estatal:

1. cuidado de niños sanos para miembros hasta los diecisiete (17) años, que incluye atención preventiva y exámenes de detección basados en evidencia previstos en las directrices integrales respaldadas por la Administración de recursos y servicios médicos (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes;
2. evaluaciones periódicas médicas para miembros mayores de dieciocho (18) años, según la edad, el sexo y el historial médico;

3. administración de la prueba médica neonatal, incluyendo el costo de un kit de prueba;
4. vacunas de rutina recomendadas por la American Academy of Pediatrics y el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. para personas en los Estados Unidos y exigidas por la ley, y vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC") con respecto a la persona implicada. Los ejemplos de vacunas cubiertas incluyen difteria, haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tos ferina, poliomielitis, rubéola, tétanos, rotovirus, varicela y cualquier otra vacuna que exija la ley para un niño. (Las inyecciones para la alergia no se consideran vacunas según esta disposición de beneficios);
5. pruebas de detección de cáncer colorrectal para Miembros a partir de los 45 años, incluidas colonoscopias e incluida una colonoscopia de seguimiento si los resultados de la colonoscopia, prueba o procedimiento inicial fueron anormales, y cobertura para servicios preventivos y pruebas de laboratorio con una calificación "A" o "B" de la USPSTF;
6. medición de la masa ósea para la detección de baja masa ósea y para determinar el riesgo de osteoporosis y fracturas asociadas a la osteoporosis, para personas calificadas, incluyendo las mujeres posmenopáusicas que no reciben terapia de reemplazo de estrógenos; individuos con anomalías vertebrales, hiperparatiroidismo primario o antecedentes de fracturas óseas; o personas que reciben terapia con glucocorticoides de largo plazo o que se están monitoreando para evaluar la respuesta o la eficacia de una terapia farmacológica aprobada para la osteoporosis;
7. atención preventiva y exámenes médicos de detección para mujeres, incluyendo la atención preventiva adicional y los exámenes médicos de detección contemplados en directrices integrales respaldadas por HRSA, como un examen ginecológico de bienestar de la mujer (una vez cada doce meses) para miembros mujeres, un examen de diagnóstico médicamente reconocido para la detección temprana del cáncer de cuello uterino para miembros mujeres de dieciocho (18) años o más, y cobertura de cualquier otra prueba o examen médico de detección aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del cáncer de ovario. Su PCP o cualquier obstetra/ginecólogo de la red de proveedores participantes de su PCP puede hacer el examen de bienestar de la mujer. El examen puede incluir, entre otros, una prueba de Papanicolaou convencional; un examen médico de detección con métodos de citología de base líquida solos o en combinación con una prueba aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano. Primero debe obtener una remisión de su PCP para servicios de seguimiento relacionados con el tratamiento de una enfermedad o condición que no está en el alcance de un obstetra/ginecólogo. Para obtener ayuda para seleccionar un obstetra/ginecólogo, consulte el directorio de proveedores de HMO, comuníquese con su PCP o llame al Servicio al Cliente;
8. una mamografía de detección (no de diagnóstico) de baja dosis para detectar la presencia de cáncer de mama oculto para las mujeres miembro de treinta y cinco (35) años o más (una vez cada doce meses), y para las mujeres miembro con otros factores de riesgo. Las mamografías se pueden obtener independientemente de que se haga o no un examen de bienestar de la mujer al mismo tiempo;
9. un examen médico de detección de pérdida auditiva para los miembros desde el nacimiento hasta los treinta (30) días de vida, y la atención de seguimiento de diagnóstico necesaria relacionada con la evaluación desde el nacimiento hasta los veinticuatro (24) meses; y

10. pruebas de detección de lavista para todos los niños, incluidos un examen de la vista, anteojos o lentes de contacto, lentes de contacto médicamente necesarios y servicios para baja visión;
11. servicios dentales: No hay cobertura dental de rutina para adultos. Los servicios dentales relacionados con lesiones accidentales son BENEFICIOS CUBIERTOS. La atención dental y las radiografías dentales están permitidas solo para niños como se especifica en los BENEFICIOS CUBIERTOS.
12. para determinar si un medicamento o dispositivo específico está disponible bajo este beneficio de Servicios Preventivos, comuníquese con Servicio al Cliente al número gratuito que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Esta lista puede cambiar a medida que se modifican las directrices de la FDA, el manejo médico y las políticas médicas.

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

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

Cobertura de las pruebas para la detección del cáncer colorrectal

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

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

Exámenes para la detección del cáncer de próstata

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

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

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

PO Box 169009
Irving, Texas 75016

AVISO ESPECIAL SOBRE LOS SERVICIOS DE REPRODUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CHRISTUS Health Plan es una filial de un sistema de atención médica católico, que está sujeto a las Directivas éticas y religiosas para los servicios de atención médica católicos. En función de las creencias religiosas, limitamos la prestación de ciertos servicios. Dichos servicios incluyen esterilización, ligadura de trompas y anticonceptivos artificiales, o cualquier consejería o remisión para dichos servicios, cuando se prestan 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;
  - 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 posterior que el miembro obtenga el mismo medicamento, independientemente de si el miembro se inscribió en el plan de beneficios médicos la primera vez que obtuvo el medicamento.
- Dispositivos implantados, como dispositivos intrauterinos (IUD);
- Anticoncepción de emergencia, como Plan B® y Ella®;
- Procedimientos de esterilización;
- Consejería e información para el paciente;
- Procedimientos de esterilización aprobados por la FDA;
- Consejería e información para el paciente. El aborto directo no es un beneficio cubierto.

Los medicamentos y dispositivos anticonceptivos que no estén disponibles en virtud de este beneficio de servicios preventivos pueden estar cubiertos en virtud de otras secciones de esta EOC, y pueden estar sujetos al copago, porcentaje de copago y deducible aplicables.

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

Algunos ejemplos de otros servicios preventivos cubiertos que no están sujetos a ningún copago, porcentaje de copago, deducible ni máximos en dólares incluyen servicios de consejería para dejar de fumar, orientación sobre una alimentación saludable y examen médico de detección de obesidad/consejería sobre obesidad.

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

Si se presta un servicio preventivo cubierto durante una visita en el consultorio y se factura por separado de la visita en el consultorio, usted puede ser responsable solo del copago/porcentaje de copago y de cualquier deducible aplicable de la visita en el consultorio. Si una visita en el consultorio y el servicio médico preventivo no se facturan por separado y el objetivo principal de la visita no fue el servicio médico preventivo, usted puede ser responsable del copago/porcentaje de copago y de cualquier deducible aplicable de la visita en el consultorio, incluyendo el servicio médico preventivo.

Los servicios preventivos adicionales de exámenes médicos de detección, que pueden requerir autorización previa y pueden estar sujetos a copago, porcentaje de copago, deducibles o máximos en dólares, incluyen:

1. exámenes de ojos y oídos (una vez cada doce meses) hechos o autorizados por el PCP para miembros hasta los diecisiete (17) años para identificar problemas de visión y audición. Los exámenes de las vista se pueden hacer en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
2. exámenes de ojos y oídos (una vez cada dos años) hechos o autorizados por el PCP para miembros mayores de dieciocho (18) años para identificar problemas de visión y audición. Los exámenes de las vista se pueden hacer en el consultorio del PCP y no incluyen refracciones;
3. evaluación de detección precoz de enfermedades cardiovasculares. Los beneficios están disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para la aterosclerosis y la estructura y función arterial anormal cada cinco años cuando las hace un laboratorio certificado por una organización nacional reconocida:
   (1) tomografía computarizada (CT) que mide las calcificaciones de las arterias coronarias; o
   (2) ultrasonografía para medir el grosor de la íntima-media carotídea y la placa.

   Las pruebas están disponibles para cada miembro cubierto que sea (1) un hombre mayor de 45 años y menor de 76 años, o (2) una mujer mayor de 55 años y menor de 76 años. El miembro debe ser diabético o tener riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, según una puntuación derivada usando el algoritmo de predicción coronaria del Estudio del corazón de Framingham que sea intermedio o superior.

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

Procedimientos quirúrgicos dentales

Los servicios dentales generales no están cubiertos para adultos mayores de 19 años, pero los procedimientos limitados de cirugía oral están cubiertos cuando los ordene su PCP y se hagan en el consultorio de un proveedor participante o en un entorno de atención con hospitalización o ambulatoria. Para niños menores de 13 años que tengan una condición física, mental o médica documentada y que no puedan recibir servicios dentales sin anestesia general, cubrimos la anestesia general médicamente necesaria para el procedimiento dental en las mismas condiciones que otros servicios médicos. Los siguientes servicios cubiertos pueden requerir autorización previa de HMO:

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

Operación cosmética, reconstructiva o plástica

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

1. cirugía para corregir un defecto resultante de una lesión accidental;
2. cirugía para corregir un defecto funcional que resulta de una enfermedad o anomalía congénita o adquirida;
3. reconstrucción quirúrgica de la mama después de una mastectomía y reconstrucción quirúrgica de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
4. cirugía reconstructiva para anomalías craneofaciales para un miembro.

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:

(a) todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha hecho la mastectomía;
(b) cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica; y
(c) prótesis y tratamiento de complicaciones físicas, incluyendo linfedemas, en todas las etapas de la mastectomía.

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

Prohibiciones: No podemos (a) ofrecer a la persona cubierta un incentivo económico para renunciar a la reconstrucción mamaria o renunciar a la cobertura o los beneficios que se muestran arriba; (b) condicionar, limitar o negar la elegibilidad o la elegibilidad continua de cualquier persona cubierta para inscribirse en el plan o no renovar este plan únicamente para evitar dar la cobertura o los beneficios que se muestran arriba; o (c) reducir o limitar la cantidad pagada al médico o proveedor, ni penalizar de otra

manera, ni dar 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, incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo el linfedema).

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

PO BOX 169009
Irving, Texas 75016

Atención para alergias

Los servicios cubiertos para pruebas y tratamiento los debe prestar u organizar el PCP.

Atención para la diabetes

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

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

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

Cuando se obtienen los siguientes equipos y suministros para la diabetes, es posible que deba pagar la cantidad total de su factura y enviar un formulario de reclamo de reembolso a HMO con recibos detallados. El costo compartido de la insulina que está en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) no puede exceder los $25 por receta para un suministro de 30 días. 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. Visite el sitio web en www.christushealthplan.org para obtener un formulario de reclamo médico de HMO. Si elige comprar equipo y suministros para la diabetes de la lista que figura abajo usando beneficios de farmacia, debe pagar el copago/porcentaje de copago aplicable

de **BENEFICIOS DE FARMACIA** que figura en el **Resumen de beneficios y cobertura**, cualquier diferencia de precio aplicable y cualquier deducible. No se necesitan formularios de reclamo.

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

- monitores de glucosa en sangre
- monitores de glucosa no invasivos y monitores para ciegos
- bombas de insulina y accesorios necesarios
- dispositivos de infusión de insulina
- contenedores desechables de riesgo biológico
- aparatos podológicos (incluyendo hasta dos pares de calzado terapéutico por año calendario)
- solución para medidor de glucosa
- tiras reactivas especificadas para su uso con el monitor de glucosa en sangre correspondiente
- tiras reactivas y tabletas de lectura visual y para análisis de orina que detectan glucosa, cetonas y proteína
- lancetas y dispositivos de lanceta
- ayudas para la inyección, incluyendo los dispositivos para ayudar con la inyección de insulina y los sistemas sin aguja
- kits de emergencia de glucagón
- órdenes de receta de insulina y preparaciones análogas de insulina
- jeringas de insulina
- agentes orales prescriptivos y no prescriptivos para el control de los niveles de azúcar en sangre

Aparatos protésicos y dispositivos ortopédicos

Los siguientes aparatos y dispositivos cubiertos los debe dar u organizar el PCP, y es posible que necesiten autorización previa de HMO.

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

Equipo médico duradero

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

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

Aparatos auditivos

Los servicios cubiertos, incluidos los servicios y suministros que pueden requerir autorización previa, incluyen un examen audiométrico para determinar el tipo y el grado de pérdida auditiva una vez cada treinta y seis (36) meses, y la adaptación y compra de uno o más audífonos. También se cubren los aparatos auditivos o implantes cocleares médicamente necesarios para incluir servicios de ajuste y dispensación y la provisión de moldes auditivos según sea necesario para mantener un ajuste óptimo. Esta cobertura incluye el tratamiento para la habilitación y rehabilitación, y para el implante coclear, un procesador y controlador externo del habla con el componente necesario y el reemplazo cada tres años. Si el costo de su aparato auditivo supera la cantidad máxima cubierta por dispositivo, no denegaremos su reclamo; usted simplemente pagará la diferencia de costo. Las exclusiones se indican en **LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**.

Servicios del habla y la audición

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

Trastorno del espectro autista

Están cubiertos los servicios generalmente reconocidos para el trastorno del espectro autista que su PCP indique en un plan de tratamiento recomendado por dicho médico. No se aplicarán máximos de beneficios.

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

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

El tratamiento puede incluir servicios como:

- servicios de evaluación y valoración;

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

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

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

El plan 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:

(A) El ensayo clínico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos,

(B) El ensayo clínico está aprobado por una junta de revisión institucional de una institución en este estado que tiene un acuerdo con la Oficina de Protección de la Investigación Humana (Office for Human Research Protections) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services)

(C) Ensayos financiados por el gobierno federal.— El estudio o investigación se aprueba o financia (lo que puede incluir financiamiento mediante contribuciones en especie) por uno o más de los siguientes: (i) Los Institutos Nacionales de Salud. (ii) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (iii) La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica. (iv) Los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare. (v) Una cooperativa; grupo o centro de cualquiera de las entidades descritas en las cláusulas (i) a (iv) o el Departamento de Defensa (Department of Defense) o el Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs). (vi) Una entidad de investigación no gubernamental calificada identificada en las directrices emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo a centros. (vii) Cualquiera de los siguientes si se cumplen las condiciones descritas en el párrafo: (I) El Departamento de Asuntos de Veteranos. (II) El Departamento de Defensa. (III) El Departamento de Energía.

(D) Condiciones para los departamentos. Las condiciones descritas en este párrafo, para un estudio o investigación hecho por un Departamento, son que el estudio o investigación haya sido revisado y aprobado mediante un sistema de revisión por pares que el secretario determine:

  i) ser comparable al sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones que usan los Institutos Nacionales de Salud, y

  ii) asegura una revisión imparcial de los más altos estándares científicos de personas calificadas que no tienen interés en el resultado de la revisión.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

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

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

15. Artículos personales o de comodidad, incluyendo, entre otros, televisores, teléfonos, camas para huéspedes, kits de admisión, kits de maternidad y kits para recién nacidos entregados por un hospital u otro centro para pacientes hospitalizados.
16. Habitaciones privadas a menos que sea médicamente necesario y esté autorizado por HMO. Si no hay una habitación semiprivada disponible, HMO cubre una habitación privada hasta que haya una habitación semiprivada disponible.
17. Todos y cada uno de los trasplantes de órganos, células y otros tejidos, excepto como se describe en **Servicios del hospital para pacientes hospitalizados**. Los servicios o suministros relacionados con trasplantes de órganos y tejidos u otros procedimientos cuando usted sea el donante y el receptor no sea miembro no están cubiertos.
18. Servicios o suministros para el cuidado de compañía.
19. Servicios prestados o suministros dados por una institución que es principalmente un lugar de descanso, un lugar para ancianos o cualquier institución similar.
20. Servicios de enfermería privada, excepto cuando se determinen médicamente necesarios y el PCP los ordene o autorice.
21. Servicios o suministros para servicios dietéticos y nutricionales, incluyendo kits de pruebas en casa, vitaminas, suplementos y reemplazos dietéticos y alimentos especiales, excepto:
    - un programa de evaluación nutricional para pacientes hospitalizados dado en y por un hospital y aprobado por HMO;
    - fórmulas dietéticas necesarias para el tratamiento de la fenilcetonuria u otras enfermedades hereditarias;
    - como se describe en Atención para la diabetes;
    - como se describe en Trastorno del espectro autista.
22. Servicios o suministros para cirugía cosmética, reconstructiva o plástica, incluyendo la cirugía de reducción o aumento (agrandamiento) de mamas, incluso cuando sea médicamente necesaria, excepto como se describe en **Operación cosmética, reconstructiva o plástica**.
23. Servicios o suministros prestados principalmente para:
    a. Sensibilidad ambiental; o
    b. Ecología clínica o cualquier tratamiento similar no reconocido como seguro y eficaz por la American Academy of Allergists and Immunologists; o
    c. Pruebas o tratamiento de alergia para pacientes hospitalizados.
24. Servicios o suministros prestados para los siguientes fines, en preparación para ellos o en relación con ellos, excepto según se describe en **Servicios de atención de maternidad y planificación familiar**.
    a. reversión de esterilización (masculina o femenina);
    b. cirugía de reasignación de género y tratamientos relacionados, incluyendo la terapia hormonal y la consejería médica o psicológica;
    c. tratamiento de la disfunción sexual, incluyendo medicamentos, prótesis de pene y otras cirugías, y estudios vasculares o pletismográficos que se usan solo para diagnosticar la impotencia;
    d. fomento de la fertilidad mediante tecnologías reproductivas extracoitales, incluyendo, entre otras, inseminación artificial, inseminación intrauterina, superovulación, mejora de la capacitación uterina, inseminación intraperitoneal directa, inseminación tubárica

transuterina, transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia de etapa de ovocitos pronucleares, transferencia intrafalopiana de cigotos y transferencia de embriones tubáricos;

e. cualquier servicio o suministro relacionado con la fertilización in vitro u otros procedimientos cuando usted es el donante y el receptor no es un miembro;
f. medicamentos para la fertilización in vitro y la fertilidad.

25. Servicios o suministros relacionados con el cuidado rutinario de los pies, incluyendo la eliminación de verrugas, callos o callosidades, o el corte y recorte de las uñas de los pies en ausencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia arterial o venosa crónica.
26. Servicios o suministros relacionados con el cuidado de los pies planos, arcos caídos o distensión crónica del pie.
27. Servicios o suministros para la reducción de la obesidad o el peso, incluyendo procedimientos quirúrgicos y medicamentos con receta, incluso si el miembro tiene otras condiciones médicas que podrían mejorarse con una reducción de la obesidad o el peso, excepto la consejería sobre dietas saludables y el examen médico/la consejería sobre obesidad que se pueden dar en **Servicios preventivos**.
28. Servicios o suministros para, o en conjunto con, la terapia de quelación, excepto para el tratamiento de la intoxicación aguda por metales.
29. Servicios o suministros para atención dental para adultos mayores de 19 años, y las limitaciones de los beneficios dentales pediátricos descritas en Servicios dentales para beneficios pediátricos, excepto como se describe en **Procedimientos quirúrgicos dentales**.
30. Tratamientos alternativos como acupuntura, acupresión, hipnotismo, terapia de masaje y aromaterapia.
31. Servicios o suministros para:
    a. tracción intersegmentaria;
    b. EMG de superficie;
    c. manipulación espinal bajo anestesia;
    d. pruebas musculares mediante máquinas de kinesiología computarizadas como Isostation, Digital Myograph y Dynatron.
32. Estimuladores galvánicos o unidades TENS.
33. Suministros ambulatorios desechables o consumibles, como jeringas, agujas, suministros para análisis de sangre u orina (excepto los que se usan en el tratamiento de la diabetes); fundas, bolsos, prendas elásticas, medias y vendajes, ligueros, bolsas de ostomía.
34. Pruebas psicológicas/neuropsicológicas y servicios de psicoterapia incluyendo, entre otros:
    a. pruebas educativas;
    b. pruebas obligatorias del empleador/gobierno;
    c. pruebas para determinar la elegibilidad para los beneficios por discapacidad;
    d. pruebas con fines legales (p. ej., evaluaciones de custodia/colocación, evaluaciones forenses y pruebas ordenadas por el tribunal);
    e. pruebas con fines vocacionales (p. ej., inventarios de intereses, inventarios relacionados con el trabajo y desarrollo profesional);
    f. servicios dirigidos a mejorar la personalidad o el estilo de vida de una persona;
    g. orientación vocacional o religiosa;
    h. actividades principalmente de carácter educativo;

i. musicoterapia o danza;
j. terapia bioenergética; o
k. servicios psicoterapéuticos a los que accede simultáneamente más de un proveedor de atención de salud mental.

35. Biorretroalimentación (excepto un diagnóstico de lesión cerebral adquirida) u otros servicios de modificación del comportamiento.
36. Servicios de salud mental, excepto como se describe en **Servicios de salud conductual** o según se pueda prestar en **Trastorno del espectro autista.**
37. Centros de tratamiento residencial para la dependencia química que no:
    a. están acreditados como un centro por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales;
    b. están autorizados como programa de tratamiento de dependencia química por la Comisión de Texas sobre el abuso de alcohol y drogas; o
    c. están autorizados, certificados o aprobados como un programa o centro de tratamiento de dependencia química por cualquier otra agencia estatal que tenga autoridad legal para otorgar licencias, certificar o aprobar.
38. Programas de trauma o en zonas naturales para la salud conductual o el tratamiento de la dependencia química.
39. Reemplazo por pérdida, daño o defecto funcional de aparatos auditivos. Las baterías no están cubiertas a menos que sean necesarias en el momento de la colocación inicial de los aparatos auditivos.
40. Equipo de lujo, como sillas de ruedas motorizadas y camas (a menos que se determine que son médicamente necesarias); artículos de confort; tablas para cama; elevadores para bañera; mesas sobre la cama; purificadores de aire; baños de sauna; equipo de ejercicio; estetoscopios y esfigmomanómetros; artículos experimentales o de investigación; y reemplazo, reparación o mantenimiento del DME.
41. Suministros o medicamentos de venta libre y medicamentos con receta y medicamentos de cualquier tipo, excepto:
    a. según lo dispuesto mientras está hospitalizado;
    b. según lo dispuesto en **Trastorno del espectro autista**;
    c. según lo dispuesto en **Atención para la Diabetes**;
    d. dispositivos anticonceptivos y anticonceptivos de venta libre aprobados por la FDA para mujeres con una receta escrita de un proveedor participante; o
    e. si están cubiertos bajo **BENEFICIOS DE FARMACIA**.
42. Dispositivos anticonceptivos masculinos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como los condones; dispositivos anticonceptivos femeninos, incluyendo los productos anticonceptivos de venta libre como el espermicida, cuando no los recete un proveedor participante.
43. Cualquier procedimiento, equipo, servicio, suministro o cargo por abortos para los que se prohíben los fondos federales. Se permiten fondos federales para abortos en los que un embarazo que, según lo certificado por un médico, la pone en peligro de muerte a menos que se haga un aborto.
44. Aborto electivo.

BENEFICIOS DE FARMACIA

Definiciones

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

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

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

Copago significa la cantidad en dólares que paga el miembro por cada orden de receta surtida o resurtida mediante una farmacia participante.

Porcentaje de copago significa el porcentaje que paga el miembro por cada orden de receta surtida o resurtida mediante una farmacia participante.

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

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

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

Medicamento de receta obligatoria significa un medicamento, producto biológico o medicamento compuesto con receta que, por ley, debe llevar una etiqueta que diga: "Precaución: la ley federal prohíbe surtirlo sin receta", y que esté aprobado por la FDA para un uso o fin particular.

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

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

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

Farmacia significa un establecimiento con autorización estatal y federal donde se ejerce la práctica farmacéutica, que está físicamente separado e independiente del consultorio de cualquier proveedor, y donde se surten medicamentos de receta obligatoria y dispositivos conforme a órdenes de receta para el público en general, por parte de un farmacéutico autorizado para surtir dichos medicamentos y dispositivos según las leyes del estado en el que ejerce.

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

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

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

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

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

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

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

Medicamentos cubiertos

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

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

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

Los medicamentos indicados en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan continuarán ofreciéndose al nivel de beneficios contratados hasta la fecha de renovación del plan.

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

Medicamentos inyectables. Los medicamentos inyectables aprobados por la FDA para que el paciente se los administre a sí mismo están cubiertos. Los medicamentos inyectables incluyen, entre otros, insulina e Imitrex.

La cantidad de jeringas y agujas desechables que usted necesite para las inyecciones que se administre a sí mismo estará limitada, cada vez que se surtan, a las cantidades adecuadas para las dosis de medicamentos inyectables cubiertos que efectivamente se hayan recetado y surtido, pero no puede superar las 100 jeringas y agujas por orden de receta en un período de 30 días.

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

Se aplicará un copago/porcentaje de copago separado por cada surtido de una receta de insulina y por cada surtido de una receta de jeringas de insulina comprados el mismo día.

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

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

Cada farmacia participante incluida en la red de vacunas de farmacia que haya contratado a HMO para prestar este servicio puede tener requisitos de edad, programación u otros requisitos que se aplicarán, por lo que le recomendamos que se comunique con ellos con antelación.

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 haremos lo siguiente en el caso de una persona inscrita 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
- exigir que usted 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 personal clínico en función de la farmacia que usted elija o porque el medicamento no fue surtido por una farmacia que participa en nuestra red.

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

Fórmulas elementales a base de aminoácidos. Fórmulas, independientemente del método de administración de la fórmula, usadas para el diagnóstico y tratamiento de:

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

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

Medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral. Hay beneficios disponibles para los medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral médicamente necesarios que se usan para matar o retrasar el crecimiento de las células cancerosas.

Los copagos/porcentajes de copago no se aplicarán a ciertos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral. Para determinar si un medicamento específico está incluyendo en este beneficio, comuníquese con el Servicio al Cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

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

Medicamentos para uso no indicado en la etiqueta: Los medicamentos para uso no indicado en la etiqueta son beneficios cubiertos cuando el medicamento haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para al menos una indicación, y esté reconocido para el tratamiento de la indicación para la cual se receta en un compendio estándar de referencia de medicamentos o en literatura médica revisada por pares ampliamente aceptada. El medicamento debe recetarse para tratar un servicio cubierto y debe ser médicamente necesario. Los medicamentos para uso no indicado en la etiqueta no

serán denegados únicamente porque el medicamento no esté incluido en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

Selección de una farmacia

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

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

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

Programa de pedidos por correo. Si elige usar el servicio de pedidos por correo, debe enviar por correo su orden de receta a la dirección que figura en el formulario de receta para pedidos por correo y enviar su pago por cada receta surtida o resurtida. Cada receta o resurtido está sujeto al copago/porcentaje de copago que se muestra en el **Resumen de beneficios y cobertura** y a cualquier diferencia de precio aplicable, que el miembro debe pagar directamente a la farmacia de pedidos por correo.

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

Programa de farmacia especializada. El servicio de entrega de medicamentos especializados integra los beneficios de medicamentos especializados con los beneficios médicos y de medicamentos con receta generales del miembro. Este programa permite la entrega de medicamentos directamente desde el proveedor de farmacia especializada a su profesional de atención médica, al lugar donde se administrarán o al miembro que recibe tratamiento por una condición médica compleja.

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

- Coordinación de la cobertura entre usted, su profesional de atención médica y HMO,
- Materiales educativos sobre la condición particular del paciente e información sobre el manejo de los posibles efectos secundarios de los medicamentos,
- Jeringas, recipientes para objetos punzantes, hisopos con alcohol y otros suministros con cada envío de medicamentos inyectables aprobados por la FDA para que el paciente se los administre a sí mismo, y
- Acceso a un farmacéutico para problemas urgentes de medicamentos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

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

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

Cantidad prorrateada de costos compartidos para suministros parciales. El plan prorrateará cualquier cantidad de costo compartido cobrada por un suministro parcial de un medicamento con receta si la farmacia o el médico que receta al miembro avisa al plan que la cantidad dispensada tiene por objeto sincronizar las fechas en que la farmacia dispensa los medicamentos con receta del miembro, y que la sincronización de las fechas es lo más conveniente para el miembro, siempre que el miembro acepte dicha sincronización. La cantidad prorrateada debe basarse en la cantidad de días que se dispensa realmente el suministro del medicamento. Esto se aplica solo a un medicamento que:

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

Su costo

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

excepción, se eximirá de cualquier diferencia entre la cantidad permitida para el medicamento de marca y el equivalente del medicamento genérico.

Asistencia de medicamentos con receta de terceros

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

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

Si no está seguro de los beneficios cubiertos por su plan o las cantidades de costos compartidos, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-856-0826.

No le impondremos cargos por copago en ningún año calendario una vez que los copagos pagados en ese año calendario sumen el 200% del costo total anual de la prima que debe pagar usted o que debe pagarse en su nombre. Esta limitación se aplica solo si demuestra que se hicieron copagos por esa cantidad en ese año calendario.

Acerca de sus beneficios

Lista de medicamentos cubiertos. En la Lista de medicamentos se muestra una lista de todos los medicamentos cubiertos. HMO revisará periódicamente la Lista de medicamentos y la ajustará para modificar el estado de medicamentos de marca preferidos/no preferidos de medicamentos nuevos y existentes. Los cambios a la Lista de medicamentos se implementarán en la próxima fecha de renovación del Acuerdo grupal y están sujetos a los requisitos del Código de Seguros de Texas, 1369.0541. La Lista de medicamentos y cualquier modificación de la misma se pondrán a disposición de los miembros. Usted, el miembro, tiene derecho a un aviso de 60 días para modificar la cobertura de medicamentos. Esta lista está disponible accediendo al sitio web en www.christushealthplan.org o comunicándose con Servicio al Cliente al número gratuito que está en su tarjeta de identificación.

Determinaciones adversas sobre medicamentos con receta

Un agente de revisión de utilización avisará una determinación adversa respecto de una revisión simultánea de la prestación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por los cuales el miembro esté recibiendo beneficios médicos en virtud del contrato de seguro médico, a más tardar 30 días antes de la fecha en que se suspenderá dicha prestación.

Solicitudes de excepción. Usted o el profesional de atención médica que le receta el medicamento pueden solicitar una excepción a la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) si su medicamento no figura en dicha lista. Para solicitar esta excepción, usted o su médico pueden llamar al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para solicitar una revisión. Si tiene una condición médica que puede poner en peligro su vida, su salud o evitar que recupere la función, o si su terapia farmacológica actual utiliza un medicamento no cubierto, usted o su médico pueden solicitar un proceso de revisión acelerado. HMO le informará a usted y a su médico la decisión de cobertura en las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud y 24 horas para una revisión acelerada. Si se rechaza la solicitud

de cobertura, HMO le informará a usted y a su médico por qué se rechazó y le ofrecerá un medicamento alternativo cubierto (si corresponde). Si se deniega su excepción, puede apelar la decisión de acuerdo con el proceso de apelaciones de farmacia que recibirá con la determinación de denegación. Llame al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación si tiene alguna pregunta.

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

Si va a salir del país o necesita un suministro prolongado de medicamentos, llame al Servicio al Cliente al menos dos semanas antes de que tenga la intención de irse. Los suministros extendidos o las excepciones por vacaciones no están disponibles mediante el programa de pedidos por correo, pero pueden aprobarse únicamente a través de la farmacia retail. En algunos casos, es posible que se le pida que presente prueba de elegibilidad continua para ser miembro bajo el EOC.

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

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

Límites de sustancias controladas. En caso de que HMO determine que un miembro podría estar recibiendo cantidades de una sustancia controlada que no estén respaldadas por las dosis aprobadas por la FDA ni por directrices de tratamiento reconocidas, cualquier medicamento adicional puede estar sujeto a una revisión de necesidad médica, idoneidad y otras restricciones de cobertura, como limitar la cobertura a los servicios prestados por un proveedor determinado o una farmacia participante determinada para la receta y dispensación de la sustancia controlada.

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

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

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

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

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

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

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Los beneficios de farmacia no están disponibles para:

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

13. Cualquier servicio especial prestado por una farmacia, incluyendo, entre otros, consejería y entrega. Las vacunas que se muestran en el **Resumen de beneficios y cobertura** administradas mediante ciertas farmacias participantes son una excepción a esta exclusión.
14. Medicamentos dispensados en cantidades superiores a las cantidades de suministro diario indicadas en el **Resumen de beneficios y cobertura**, o resurtidos de cualquier receta que exceda el número de resurtidos especificado por el profesional de atención médica autorizado o por la ley, o cualquier medicamento dispensado más de un (1) año después de la fecha de la orden de receta.
15. Administración o inyección de cualquier medicamento.
16. Medicamentos inyectables, excepto los medicamentos especializados o aquellos aprobados por la FDA para que el paciente se los administre a sí mismo.
17. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
18. Rogaine, minoxidil o cualquier otro medicamento, solución o preparación usada o destinada a usarse en el tratamiento de la caída del pelo, el adelgazamiento del pelo o cualquier condición relacionada, ya sea para facilitar o fomentar el crecimiento del pelo, para reemplazar el pelo perdido o de otra manera.
19. Cualquier enjuague bucal antiséptico o con flúor recetado, enjuagues bucales o soluciones o preparaciones orales tópicas.
20. Medicamentos cosméticos usados principalmente para mejorar la apariencia, incluyendo, entre otros, la corrección de las arrugas de la piel y el envejecimiento de la piel.
21. Retin A o fármacos tópicos farmacológicamente similares.
22. Medicamentos con receta y dispensados para el tratamiento de la obesidad o para su uso en cualquier programa de reducción de peso, pérdida de peso o control dietético.
23. Medicamentos para tratar la disfunción sexual incluyendo, entre otros, sildenafil citrate, phentolamine, apomorphine y alprostadil en forma oral y tópica.
24. Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad (orales e inyectables).
25. Órdenes de receta que no cumplan los criterios requeridos de terapia escalonada.
26. Órdenes de receta que no cumplan los criterios requeridos de autorización previa.
27. Algunos medicamentos equivalentes fabricados bajo múltiples marcas. HMO puede limitar los beneficios a solo uno de los equivalentes de marca disponibles. Si usted no acepta la marca que está cubierta por esta EOC, las compras de medicamentos de marca no estarán cubiertas por ningún nivel de beneficios.
28. Reemplazo de medicamentos u otros artículos que se hayan perdido, robado, destruido o extraviado.
29. Gastos de envío, manipulación o entrega.
30. Medicamentos de marca en una clase de medicamentos donde hay una alternativa de venta libre disponible.
31. Órdenes de receta escritas por un familiar inmediato, o una orden de receta que se recetó usted mismo.
32. Medicamentos que cualquier persona que no sea el fabricante original reempaca.
33. Medicamentos que HMO determine que tienen una eficacia inferior o problemas significativos de seguridad.

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 brinda beneficios o 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:

- pólizas de seguro médico y accidentes grupales, generales o de franquicia, excluyendo la cobertura de protección de ingresos por discapacidad;
- evidencias de cobertura de organizaciones individuales y grupales para el mantenimiento de la salud; pólizas individuales de seguro de accidentes y seguro médico;
- planes de beneficios de proveedores preferidos individuales y grupales y planes de beneficios de proveedores exclusivos;
- contratos de seguro grupal, contratos de seguro individuales y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan el costo de la atención dental;
- componentes de atención médica de contratos de atención de largo plazo individuales y grupales;
- cobertura de beneficios limitados que no se emite para complementar las pólizas individuales o grupales vigentes;
- arreglos no asegurados de cobertura grupal o de tipo grupal;
- la cobertura de beneficios médicos en los contratos de seguro de autos; 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 en el hospital u otra cobertura de indemnización fija; cobertura específica de enfermedades;
- cobertura de beneficios complementarios;
- cobertura solo de accidentes;
- cobertura de accidentes especificada;
- coberturas tipo accidente escolar que cubren a los estudiantes solo por accidentes, incluidas lesiones deportivas, ya sea las "24 horas" o "de ida y vuelta a la escuela";
- beneficios en contratos de seguro de atención de largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios de ama de casa, asistencia con actividades de la vida diaria, cuidado de relevo y cuidado de compañía o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin tener en cuenta los gastos aplicables o la recepción de servicios;
- pólizas complementarias de Medicare;
- un plan estatal bajo Medicaid;
- un plan gubernamental que, por ley, da beneficios que exceden los de cualquier plan de seguro privado u otro plan no gubernamental; o
- un contrato de seguro individual de accidentes y seguro médico que está diseñado para integrarse completamente con otras pólizas mediante un deducible variable.

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

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

Las "**Reglas de 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.

"Gasto permitido" es un gasto de atención médica, incluyendo los deducibles y copagos, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan médico que cubra al miembro. Cuando un plan médico 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 del plan primario porque un miembro no ha 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.

(c) “Cantidad permitida” es la cantidad de un cargo facturado que un plan médico determina que está cubierta para servicios prestados por un proveedor de atención médica o médico que no prefiera. La cantidad permitida incluye tanto el pago del plan médico como las cantidades deducibles o copagos aplicables de los que el miembro es responsable.

(d) “Plan de panel cerrado” es un plan médico que brinda beneficios de atención médica a las personas cubiertas principalmente en forma de servicios a través de un panel de proveedores de atención médica y médicos que tienen contrato con el plan médico o trabajan para 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 un miembro del panel.

(e) “Padre con custodia” es el padre o la madre con el derecho de designar la residencia principal de un niño por orden judicial conforme al Código de Familia de Texas u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden judicial, es el padre o la madre 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 usa un proveedor de atención médica o médico no contratado, excepto para servicios de emergencia o remisiones autorizadas que el plan primario paga o da.

(f) Cuando varios contratos que dan cobertura coordinada se tratan como un solo plan bajo esta sección, esta sección se aplica solo al plan médico en su conjunto, y la coordinación entre los contratos componentes se rige por los términos de los contratos. Si más de una aseguradora paga o 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 de orden para la determinación de beneficios de esta sección deciden 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 se aplican:

1. <u>No dependiente o dependiente.</u> El plan médico que cubre al miembro que no sea como dependiente, por ejemplo, como empleado, miembro, titular de contrato, suscriptor o jubilado es el plan primario, 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 primario 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 primario. 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 cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no: (A) El plan médico del padre/madre cuyo cumpleaños cae antes en el año calendario es el plan primario; o (B) Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el plan médico que ha cubierto al padre/madre por más tiempo es el plan primario.
   B. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
      a. si una orden judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el plan médico de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan médico es primario para los años del plan que comienzan después de que el plan médico recibe el aviso del decreto judicial;
      ii. si una orden judicial establece que ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h) (2) (A) determinan el orden de los beneficios;
      iii. si una orden judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones de (h) (2) (A) determinan el orden de los beneficios;
      iv. si no hay una orden judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, 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 los padres del niño, las disposiciones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) arriba determinan el orden de los beneficios como si esas personas fueran los padres del niño.
   D. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo los planes médicos de uno o ambos padres y tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan médico de un cónyuge, se aplica (h)(5).
   E. En el caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan médico del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo los planes médicos de uno o ambos padres, el orden de los beneficios debe determinarse aplicando la regla de cumpleaños en (h)(2)(A) a los padres del hijo dependiente y al cónyuge del dependiente.

3. Empleado activo, jubilado o despedido. El plan médico que cubre a una persona como empleado activo, es decir, un empleado que no está despedido ni jubilado es el plan 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 Cobertura de continuación estatal. Si una persona cuya cobertura se da en virtud de COBRA o de un derecho de continuación establecido por la ley estatal u otra ley federal está cubierta en virtud de 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 primario, y la cobertura de continuación de COBRA, estatal o de otra ley 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 primario, 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 de 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 dar al contratista de 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.

CHRISTUS Health Plan

FOLLETO EXPLICATIVO PARA EL CONSUMIDOR COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

AVISO IMPORTANTE

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

Cobertura doble

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 primarios 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:
  - usted está casado y su cumpleaños es antes en el año que el de su cónyuge, o vive con otra persona, independientemente de si alguna vez ha estado casado con esa persona o no, y su

cumpleaños es antes del cumpleaños de esa otra persona. Esto se conoce como la "regla del cumpleaños"; o
- usted está separado o divorciado y nos ha informado de una orden judicial que lo hace responsable de los gastos de atención médica del 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 abajo. Un "gasto permitido" es un gasto de atención médica, incluyendo los copagos y sin reducción de cualquier deducible aplicable, que está cubierto en su totalidad o en parte por cualquiera de los planes que cubren a la persona.

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

Podemos reducir nuestro pago en cualquier cantidad para que, cuando se combine con la cantidad 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

DISPOSICIONES GENERALES

Cancelación de la cobertura

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

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

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

Su cobertura se cancela al finalizar el Acuerdo del Grupo. El hecho de que el Grupo no le avise la cancelación de su cobertura debido a la finalización del Acuerdo del Grupo no hará que su cobertura continúe más allá de la fecha en que finalice la cobertura.

Si se cancela su cobertura, los pagos de primas recibidos en su cuenta aplicables a los períodos posteriores a la fecha de inicio de la cancelación se reembolsarán al Grupo en los treinta (30) días, y ni HMO ni los proveedores participantes tendrán ninguna otra responsabilidad según esta EOC. Cualquier reclamo de reembolso por parte del Grupo debe hacerse en un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que entre en vigor la cancelación de su cobertura; de lo contrario, se considerará que se renunció a dichos reclamos.

Salvo que se indique expresamente abajo y en otras partes de esta EOC, y con sujeción a las disposiciones de **Cobertura de continuación de COBRA, Cobertura de continuación estatal o Traslado de residencia**, HMO puede cancelar la cobertura del Grupo con aviso previo por escrito de sesenta (60) días.

Cancelación del Grupo. HMO puede cancelar esta EOC para el Grupo en el caso de:

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

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

Renovación de la cobertura del Grupo. HMO renovará esta EOC con el Grupo, salvo que se haya cancelado la cobertura del Grupo conforme a **Cancelación de la cobertura; cancelación del Grupo**.

No renovación de toda la cobertura del Grupo

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

Cancelación de miembros. HMO puede cancelar esta EOC para un miembro en el caso de:

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

Renovación de la cobertura de los miembros. HMO renovará su EOC, salvo que se haya cancelado su cobertura conforme a **Cancelación de la cobertura; cancelación de miembros**.

Cobertura de continuación de COBRA

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

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

Consulte con su empleador para determinar si sus dependientes son elegibles para beneficios similares a COBRA en su plan. La cobertura estará disponible conforme a las disposiciones estatales de continuación. Para conocer los criterios específicos o los formularios necesarios para establecer la elegibilidad para la cobertura de beneficios en virtud de este plan, comuníquese con su empleador.

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

Pérdida de cobertura. Por pérdida de cobertura debido a la terminación de la relación laboral (salvo por conducta indebida grave) o a la reducción de horas de trabajo, usted puede elegir continuar la cobertura durante dieciocho (18) meses después de la fecha en que, de otro modo, cesaría la elegibilidad para la cobertura en virtud de esta EOC.

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

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

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

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

Extensiones de los períodos de cobertura. El período de cobertura de dieciocho (18) meses puede extenderse si, durante dicho período, ocurre un suceso que de otro modo lo haría elegible para el período de cobertura de treinta y seis (36) meses, pero en ningún caso la cobertura puede durar más de treinta y seis (36) meses a partir del suceso que lo hizo elegible inicialmente para la continuación de la cobertura.

En caso de que se determine que usted tiene una discapacidad según la definición de la Ley del Seguro Social y avise al Grupo antes del final del período inicial de dieciocho (18) meses, la cobertura de continuación puede extenderse hasta once (11) meses adicionales, por un total de veintinueve (29) meses. Esta disposición se limita a los miembros que tengan una discapacidad en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la cobertura de continuación en virtud de **Cobertura de continuación de COBRA** de esta EOC, y solo cuando el suceso calificado sea la reducción de horas de trabajo o la terminación de la relación laboral del miembro. Es posible que se le cobre una tarifa más alta por el período extendido.

Responsabilidad de avisar a los miembros los derechos de continuación. El Grupo es responsable de dar el aviso necesario a los miembros, en los sesenta (60) días a partir de la fecha del suceso calificado de COBRA, según lo requerido por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 y la Ley de Reforma Tributaria de 1986.

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

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

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

Cobertura de continuación estatal

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

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

Debe avisar por escrito al Grupo en los quince (15) días posteriores al suceso de cualquiera de los anteriores para activar esta opción de continuación de cobertura. Al recibir este aviso por escrito, el Grupo le enviará los formularios que deben usarse para inscribirse en esta continuación de la cobertura. Si no envía este formulario de inscripción completo al Grupo en los sesenta (60) días posteriores al suceso de cualquiera de los anteriores, perderá el derecho a esta continuación de la cobertura según esta sección. La cobertura permanece vigente durante este período de sesenta (60) días, siempre que se paguen las primas y los cargos administrativos aplicables.

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

- el final del período de tres (3) años después de la fecha de fallecimiento o jubilación del suscriptor;

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

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

Debe solicitar la continuación de la cobertura del Grupo, por escrito, al Grupo o a HMO en un plazo de sesenta (60) días después de la fecha que ocurra más tarde entre la fecha en que la cobertura del Grupo se cancelaría de otro modo y la fecha en que el Grupo le dé el aviso. Su primera prima mensual necesaria para establecer la continuación de la cobertura debe entregarse al Grupo en los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la elección inicial de la continuación de la cobertura. Todos los pagos posteriores deben hacerse a más tardar treinta (30) días después de la fecha de vencimiento del pago.

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

- la fecha en la que usted agota el período máximo de continuación que es:
  a. si no es elegible para la cobertura de continuación de COBRA, nueve meses después de la fecha de inicio de la cobertura de continuación estatal;
  b. si está cubierto por la cobertura de continuación de COBRA, seis meses más después de cualquier período de cobertura de continuación de COBRA;
- la fecha en que la falta de pago oportuno haría que se cancelara la cobertura;
- la fecha en que la cobertura del Grupo finaliza en su totalidad; o
- la fecha en que usted esté cubierto por beneficios similares en virtud de otro contrato de seguro de gastos del hospital, quirúrgicos, médicos o de gastos médicos mayores, contrato de suscriptor de servicios del hospital o médicos, plan de beneficios médicos de práctica médica u otro plan de prepago, o cualquier otro programa.

Traslado de residencia

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

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

Reembolso - Actos de terceros

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

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

Cesión

El Grupo no puede ceder esta EOC sin el consentimiento por escrito de HMO. Ningún miembro puede ceder la cobertura ni ningún beneficio en virtud de esta EOC sin el consentimiento por escrito de HMO.

Cancelación

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

Error administrativo

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

EOC completa

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

Aviso fiduciario

Aunque podemos ofrecer incentivos para ayudarlo a encontrar atención de alta calidad, nuestro deber principal es con usted; por lo tanto, nos aseguramos de que cualquier recomendación o incentivo se base en sus mejores intereses y en la calidad clínica, no únicamente en el costo.

Fuerza mayor

En caso de que, debido a circunstancias fuera del control comercialmente razonable de HMO, la prestación de servicios profesionales o servicios del hospital previstos en esta EOC se demore o resulte inviable, HMO hará un esfuerzo de buena fe para coordinar un método alternativo para dar cobertura.

Estas circunstancias pueden incluir, entre otras, un desastre mayor, una epidemia, la destrucción total o parcial de las instalaciones, disturbios, insurrección civil, discapacidad de una parte significativa del personal de los proveedores participantes o causas similares. En tal caso, los proveedores participantes prestarán los servicios del hospital y profesionales previstos en la EOC en la medida de lo posible y de acuerdo con su mejor criterio; pero HMO y los proveedores participantes no incurrirán en responsabilidad u obligación por demora, o falta de prestación u organización de servicios si dicha falla o demora es causada por tal suceso.

Forma o contenido de la EOC

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

Género

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

Incontestabilidad

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

Interpretación de la EOC

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

Limitación de responsabilidad

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

Modificaciones

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

Aviso

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

- Si es para HMO, a la dirección en la página frontal de esta EOC.
- Si es para usted, a la última dirección que HMO tenga registrada.
- O electrónicamente si se trata de un acuerdo entre HMO y el miembro.

Relación paciente/proveedor

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

Relación de las partes

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

Informes y registros

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

- revelar todos los hechos relacionados con su atención, tratamiento y condición física a HMO, o a un profesional médico, dental o de salud mental que HMO pueda contratar para ayudar a HMO a revisar un tratamiento o reclamo;

- rendir informes relacionados con su atención, tratamiento y condición física a HMO, o a un profesional médico, dental o de salud mental que HMO pueda contratar para ayudar a HMO a revisar un tratamiento o reclamo; y
- permitir que HMO copie sus registros.

La información contenida en sus registros médicos y la información recibida de médicos, cirujanos, hospitales u otros profesionales de atención médica en el marco de la relación médico-paciente o de la relación hospital-paciente se mantendrá confidencial de acuerdo con la ley aplicable.

Subtítulos

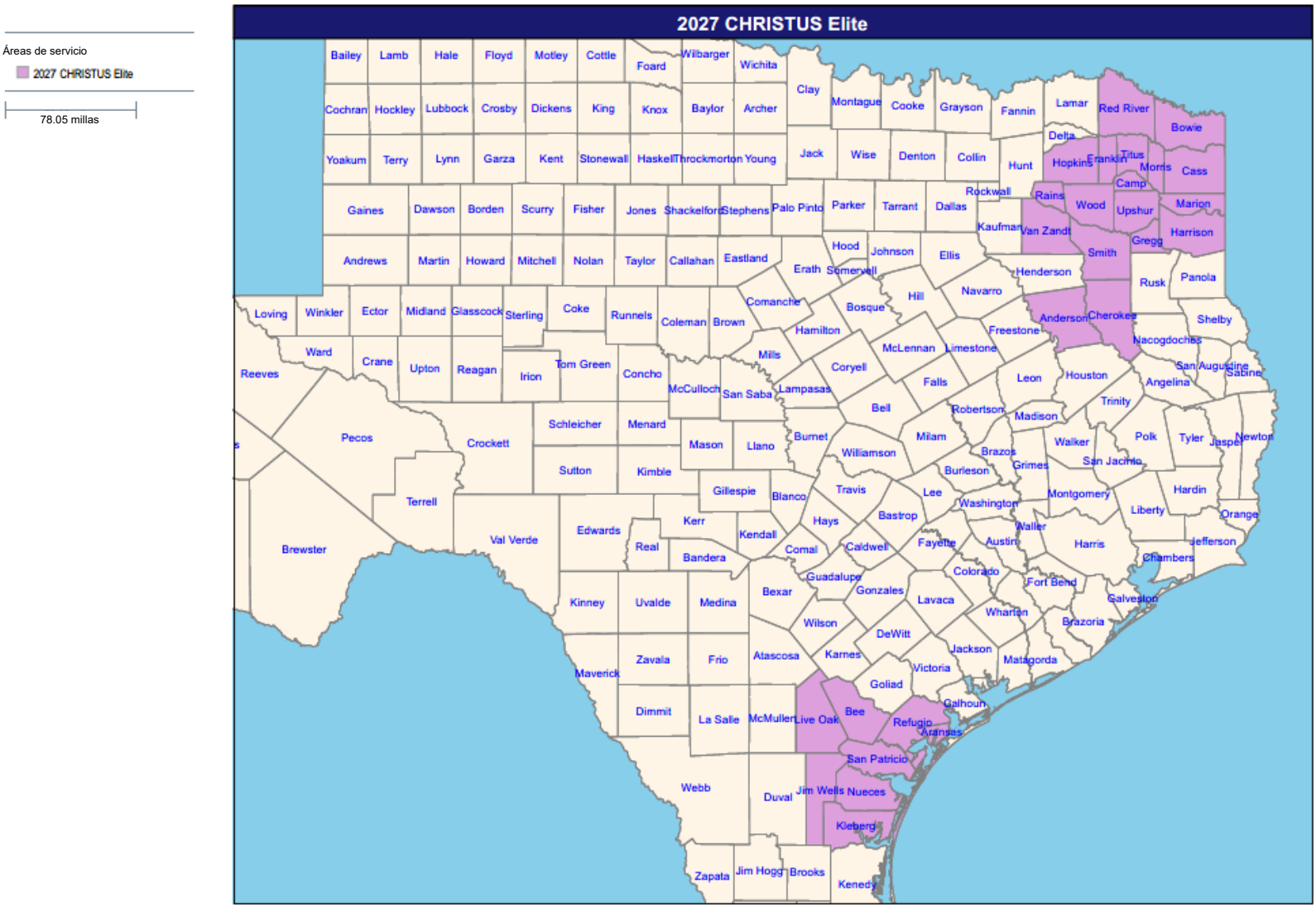
Los subtítulos incluidos en esta EOC se dan con fines de identificación y conveniencia, y no forman parte de la EOC completa según se describe en **EOC completa**.

Valor actuarial

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

CHRISTUS Health Plan

Área de servicio CHRISTUS Elite 2027



CHRISTUS®
Health Plan

844.856.0826, TTY 711

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

CHRISTUShealthplan.org

26-1840301