



Póliza de gastos médicos mayores de 2019



Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Aviso: La prima podría aumentarse en la fecha de renovación.

CELTIC INSURANCE COMPANY FOR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN

Póliza de gastos médicos mayores

ESTA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (*CONTRATO*) ES EMITIDA PARA *USTED*, QUIEN ESTÁ AFILIADO EN EL PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD **CELTIC INSURANCE COMPANY FOR AMBETTER FROM SUPERIOR HEALTHPLAN**. AL COMPLETAR EL FORMULARIO DE AFILIACIÓN, PAGAR LA PRIMA Y ACEPTAR ESTE *CONTRATO*, *USTED* ACEPTA ADHERIRSE A ESTAS PROVISIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS. ESTE DOCUMENTO DESCRIBE *SUS* DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON *SUS* SERVICIOS Y BENEFICIOS DE SALUD CUBIERTOS.

Celtic Insurance Company
200 East Randolph Street
Chicago, IL 60601
877-687-1196

AVISOS IMPORTANTES:

ESTA NO ES UNA PÓLIZA DE SEGUROS DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. EL EMPLEADOR AL COMPRAR ESTA PÓLIZA NO SE VUELVE UN SUSCRIPTOR PARA EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, Y SI EL EMPLEADOR NO ES UN SUSCRIPTOR, EL EMPLEADOR PIERDE AQUELLOS BENEFICIOS QUE PODRÍAN DE OTRA MANERA OBTENERSE CONFORME A LAS LEYES DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR. EL EMPLEADOR DEBE CUMPLIR CON LA LEY DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR EN LO QUE SE REFIERE A LOS NO SUSCRITOS Y CON LAS NOTIFICACIONES REQUERIDAS QUE DEBEN PRESENTARSE Y PUBLICARSE.

ESTA PÓLIZA NO ES UNA PÓLIZA O CERTIFICADO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE. Si *usted* es elegible para Medicare, revise la Guía de seguros de salud para personas con Medicare disponible de la compañía.

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a *complaint*:

You may call Ambetter from Superior HealthPlan's toll-free telephone number for information or to make a *complaint* at:

1-877-687-1196

You may also write to Ambetter from Superior HealthPlan at:

5900 E. Ben White Blvd
Austin, Texas 78741

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverages, rights, or *complaints* at:

1-800-252-3439

You may write the Texas Department of Insurance:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Web: www.tdi.texas.gov
E-mail: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

PREMIUM OR CLAIM DISPUTES: Should *you* have a dispute concerning *your* premium or about a claim *you* should contact the company first. If the dispute is not resolved, *you* may contact the Texas Department of Insurance.

ATTACH THIS NOTICE TO YOUR POLICY: This notice is for information only and does not become a part or condition of the attached document.

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para presentar una *queja*:

Usted puede llamar al número de teléfono gratuito de Ambetter from Superior HealthPlan para obtener información o para presentar una *queja* al:

1-877-687-1196

Usted también puede escribir a Ambetter from Superior HealthPlan:

5900 E. Ben White Blvd
Austin, Texas 78741

Usted puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre compañías, coberturas, derechos, o *quejas* al:

1-800-252-3439

Usted puede escribir al Departamento de Seguros de Texas a:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX: (512) 490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov
Correo electrónico:
ConsumerProtection@tdi.texas.gov

DISPUTAS POR PRIMAS DE SEGUROS O RECLAMACIONES: Si tiene una disputa relacionada con su prima de seguro o con una reclamación, *usted* debe comunicarse con la compañía primero. Si la disputa no se resuelve, *usted* puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas.

ADJUNTE ESTE AVISO A SU PÓLIZA: Este aviso es solamente para propósitos informativos y no se convierte en parte o en condición del documento adjunto.

Celtic Insurance Company
Póliza de gastos médicos mayores

En esta Póliza de gastos médicos mayores (*contrato*), los términos “*usted*”, “*su*” o “*suyo*” se referirán al *afiliado* o a todo *afiliado dependiente* inscrito en este contrato. Los términos “*nosotros*” “*nuestro*,” o “*nos*” se referirán a Celtic Insurance Company o a Ambetter from Superior Health Plan.

ACUERDO Y CONSIDERACIÓN

En consideración de *su* solicitud y el pago puntual de la primas, *nosotros* proporcionaremos a *usted*, el *afiliado*, cobertura de *Servicios de atención médica tal como se establece en este contrato*. Los beneficios están sujetos a las definiciones, provisiones, limitaciones y exclusiones en el *contrato*.

RENOVACIÓN GARANTIZADA

Anualmente, *nosotros* debemos presentar este producto, los *costos compartidos* y las tasas asociadas con él para aprobación. Renovación garantizada significa que *su* plan será renovado dentro del año subsiguiente del producto aprobado en la fecha de aniversario a menos que se haya terminado tempranamente de acuerdo con los términos del contrato. *Usted* puede mantener este *contrato* (o el nuevo *contrato* al que está asignado para el año siguiente, si está asociado con una suspensión o reemplazo) vigente mediante el pago puntual de las primas requeridas. En la mayoría de los casos a *usted* se le pasará a un nuevo *contrato* cada año, Sin embargo, *nosotros* podríamos decidir no renovar el *contrato* a partir de la fecha de renovación si: (1) *nosotros* decidimos no renovar todos los *contratos* emitidos en esta forma, con un nuevo *contrato* en el mismo nivel de metal con un tipo y nivel de beneficios similares para los residentes del estado donde *usted* entonces vive o, (2) hay fraude o una tergiversación material intencional realizada por o con el conocimiento de un *afiliado* en la presentación de un reclamo por *servicios cubiertos*. Además de lo anterior, esta garantía para continuar la cobertura no *nos* impedirá de cancelar o no renovar este *contrato* en los siguientes eventos: (1) falta de pago de la prima; (2) el *afiliado* no paga primas o contribuciones de acuerdo con los términos de este *contrato*, inclusive cualquier requisito de puntualidad; (3) el *afiliado* ha realizado un acto o práctica que constituye fraude o ha realizado una tergiversación intencional de hecho material relacionado con este *contrato*; o (4) un cambio en la ley federal o estatal, ya no permite la continuación ofrecida de dicha cobertura, tal como la guía CMS relacionada con individuos elegibles para Medicare.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
DEFINICIONES	10
COBERTURA DE AFILIADOS DEPENDIENTES	28
ELEGIBILIDAD CONTINUA.....	30
PRIMAS	33
CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS.....	35
ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA.....	38
Continuación de la atención.....	38
Proveedor de atención primaria	38
Autorización previa	39
Proveedores basados en el hospital.....	40
SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS	41
Servicios por lesión cerebral adquirida	41
Servicios de ambulancia	42
Beneficios para el trastorno del espectro autista.....	42
Beneficios para la salud mental y el trastorno por abuso de sustancias	43
Servicios quiroprácticos	44
Servicios de diálisis.....	44
Atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental.....	45
Beneficios de gastos para habilitación, rehabilitación y en instalación de cuidados prolongados	46
Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar	47
Beneficios de cuidado de hospicio.....	47
Beneficios de hospital	48
Infertilidad.....	48
Beneficios médicos y quirúrgicos	48
Cuidado para la diabetes	50
Equipo médico duradero.....	51
Aparatos ortésicos y protésicos.....	53
Atención de maternidad	55
Segunda opinión médica.....	56
Cobertura de ensayo clínico.....	56

Beneficios de medicamentos con receta.....	57
Servicios de cuidados preventivos.....	61
Servicios de trasplantes.....	65
Beneficios de gastos de la vista pediátricos.....	67
Servicios de la vista – Adultos de 19 años de edad y mayores	67
Programas de Administración de salud ofrecidos	68
Beneficios de bienestar y otros programas	68
SERVICIOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES GENERALES	70
TERMINACIÓN.....	73
Terminación del contrato.....	73
Discontinuación.....	73
Transferencia de cobertura.....	74
Requisitos de notificación.....	74
Restablecimiento	74
Beneficios después que termina la cobertura.....	74
RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	76
REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO	84
PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN	86
Proceso de queja	86
Apelaciones de quejas ante el Plan.....	86
Apelación de una determinación adversa	87
Revisión externa	88
Presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas.....	88
Está prohibida la toma de represalias	89
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS	90
PROVISIONES GENERALES	94

INTRODUCCIÓN

¡Bienvenido a Ambetter from Superior HealthPlan! Hemos preparado este *contrato* para ayudar a explicar *su cobertura*. Refiérase a este *contrato* siempre que *usted* requiera servicios médicos. Éste describe:

- o Cómo acceder a la atención médica.
- o Los servicios de atención médica que cubrimos.
- o La porción de *sus* costos de atención médica que se requerirá que *usted* pague.

Este *contrato*, el *Plan de beneficios*, la solicitud, y toda enmienda o anexos adjuntos constituyen el *contrato* completo bajo el cual los *servicios cubiertos* y suministros son proporcionados o pagados por *nosotros*.

Este *contrato* deberá leerse en su totalidad. Debido a que muchas de las provisiones de este *contrato* están interrelacionadas, *usted* deberá leer todo este *contrato* para tener plena comprensión de *su* cobertura. Muchas palabras usadas en este *contrato* tienen significados especiales cuando se utilizan en un entorno de atención médica: estas palabras se encuentran en letra *cursiva* y se definen para usted en la sección Definiciones. Este *contrato* también contiene exclusiones, de manera que asegúrese de leer detenidamente este *contrato* en su totalidad.

A través de este *contrato* *usted* también verá referencias a Celtic Insurance Company y Ambetter from Superior HealthPlan. Ambas referencias son correctas, ya que Ambetter from Superior HealthPlan opera bajo su identidad jurídica, Celtic Insurance Company.

Cómo comunicarse con nosotros:

Ambetter from Superior HealthPlan
5900 E. Ben White Blvd,
Austin, Texas 78741

Horas laborables normales de operación - 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en las dos zonas horarias de Texas, de lunes a viernes

Departamento de Servicio al Cliente 1-877-687-1196

Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989

Fax 1-877-941-8077

Emergencia 911

Línea de consejo de enfermería que atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1-877-687-1196

Sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

Servicios de intérprete

Ambetter from Superior HealthPlan tiene un servicio gratuito para ayudar a nuestros *afiliados* que hablan otros idiomas que no sea el inglés. Este servicio permite que *usted* y su *proveedor* hablen sobre *sus* problemas médicos o de la salud del comportamiento en una forma que sea más cómoda para *usted*.

Nuestros servicios de intérprete son proporcionados sin costo para *usted*. Tenemos representantes que hablan español y tenemos intérpretes médicos para ayudar con otros idiomas a parte del inglés. *Los afiliados* que son ciegos o tienen problemas de la vista y necesitan ayuda con interpretación pueden llamar

al Departamento de Servicio al Cliente para una interpretación oral. Para solicitar servicios de interpretación, por favor llame al Departamento de Servicio al Cliente al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Su directorio de proveedores

Una lista de *proveedores de la red* está disponible en línea en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. *Nosotros* tenemos *proveedores y hospitales* del plan que han aceptado proporcionar a *usted* sus servicios de atención médica. *Usted* puede encontrar a cualquiera de nuestros *proveedores de la red* en *nuestro* sitio web. Allí *usted* tendrá la capacidad de hacer más específica su búsqueda por especialidad de *proveedor*, código postal, sexo, saber si están aceptando o no nuevos pacientes, y los idiomas que hablan. Su búsqueda producirá una lista de *proveedores* basada en sus criterios de búsqueda y le dará a *usted* otra información tal como la dirección, número de teléfono, horas de oficina y calificaciones.

En cualquier momento puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente para solicitar un Directorio de Proveedores o para solicitar ayuda para encontrar a un proveedor.

Su tarjeta de identificación (ID) de afiliado

Cuando *usted* se afilia, *nosotros* le enviamos a *usted* por correo una tarjeta de identificación de afiliado después de que hayamos recibido su material de afiliación completado, que incluye el recibo de su primer pago de prima inicial. Esta tarjeta es la prueba de que *usted* está afiliado en Ambetter. *Usted* necesita llevar consigo esta tarjeta en todo momento y presentarla a sus *proveedores*.

La tarjeta de identificación (ID) muestra su nombre, número de identificación de *afiliado*, números telefónicos de asistencia, y las *cantidades de copago* que *usted* tendrá que pagar al momento del servicio. Si *usted* pierde su tarjeta, llame al Departamento de Servicio al Cliente. *Nosotros* le enviaremos a *usted* otra tarjeta de identificación.

Nuestro sitio web

En *nuestro* sitio web puede obtener respuesta a muchas de sus preguntas más frecuentes y tiene recursos y funciones que facilitan la obtención de atención de calidad. Puede acceder a *nuestro* sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com. También proporciona información para *usted* sobre sus beneficios y servicios tales como:

1. Encontrar a un *proveedor de la red*.
2. *Nuestros* programas y servicios, incluyen programas para ayudarle a que *usted* obtenga servicios y se mantenga sano.
3. Un portal seguro para que *usted* verifique el estado de sus reclamaciones, realice pagos y obtenga una copia de su tarjeta de identificación de afiliado.
4. Derechos y responsabilidades de los *afiliados*.
5. Aviso de privacidad.
6. Noticias y eventos actuales.
7. *Nuestro* Formulario o la lista de medicamentos preferidos.
8. *Deducible* y acumuladores de *copago*.
9. Cómo seleccionar a un *Proveedor de atención primaria* (accesible también a través del uso de dispositivos móviles).

Mejora de la calidad

Nosotros estamos comprometidos a proporcionar atención médica de calidad para *usted* y su familia.

Nuestro objetivo principal es mejorar su salud y ayudarle con toda *enfermedad* o discapacidad. Nuestros programas están de conformidad con los estándares del Comité Nacional de Garantía de la Calidad (NCQA, siglas en inglés). Para ayudar a promover atención médica segura, fiable y de calidad, *nuestros* programas incluyen:

1. Conducción de una inspección minuciosa de los *proveedores* cuando se vuelven parte de nuestra *red de proveedores*.
2. Controlar el acceso de los *afiliados* a todos los tipos de servicios de atención médica.
3. Proporcionar programas y artículos educativos acerca de la atención médica general y enfermedades específicas.
4. Enviar recordatorios a los *afiliados* para que obtengan análisis anuales tales como examen físico, detección del cáncer del cuello uterino, detección del cáncer de seno y vacunas.
5. Controlar la calidad de la atención y desarrollar planes de acción para mejorar la atención médica que *usted* está recibiendo.
6. Un Comité de Mejora de la Calidad que incluye a *proveedores de la red* para ayudarnos a desarrollar y controlar las actividades de *nuestro* programa.
7. Investigar las preocupaciones de cualquier *afiliado* con respecto a la atención recibida.

Derecho a examinar este *contrato* durante diez días

A *usted* se le permitirá devolver este *contrato* dentro de 10 días de haberlo recibido y que se le reembolse toda prima que *usted* pagó, si después de examinar el *contrato*, *usted* no está satisfecho con él por alguna razón. Si *usted* nos devuelve el *contrato*, se considerará que el *contrato* es inválido desde el comienzo y que las partes estén en la misma posición como si no se hubiera emitido ningún *contrato*. Si algún servicio fue proporcionado o reclamaciones fueron pagadas por *nosotros* durante los 10 días, *usted* es responsable de reembolsar a *nosotros* esos servicios o reclamaciones.

DEFINICIONES

En este *contrato*, se definen las palabras en letra cursiva. A las palabras no escritas en letra cursiva se les dará su significado habitual.

Dondequiera que se use en este *contrato*:

Rehabilitación intensiva significa dos o más tipos diferentes de tratamiento proporcionado por uno o más *profesionales autorizados para rehabilitación* y realizado durante tres o más horas por día, de cinco a siete días por semana, mientras el *afiliado* esté confinado como un *paciente ingresado* en un *hospital, instalación de rehabilitación, o instalación de atención prolongada*.

Lesión cerebral adquirida significa daño neurológico al cerebro, el cual no es hereditario, congénito, o degenerativo. La *lesión* al cerebro ha ocurrido después del nacimiento y produce un cambio en la actividad neuronal, que resulta en deterioro del funcionamiento físico, procesamiento sensorial, conocimiento, o comportamiento psicosocial.

Crédito fiscal para las primas por adelantado significa el crédito fiscal proporcionado por la Ley de cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act) para ayudarle a pagar la cobertura de salud comprada a través del Mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace). *El crédito fiscal para las primas por adelantado* puede ser usado inmediatamente para disminuir los costos de su prima mensual. Si califica, puede seleccionar cuánto *crédito fiscal para las primas por adelantado* aplicar a sus primas cada mes, hasta la cantidad máxima. Si la cantidad del *crédito fiscal para las primas por adelantado* que recibe por el año es menor que el crédito fiscal de la prima total que debe, obtendrá la diferencia como crédito reembolsable cuando presente su declaración federal de impuestos. Si la cantidad de *créditos fiscales a las primas anticipadas* por el año son más que el crédito fiscal que debe, *usted* debe rembolsar el exceso del *crédito fiscal para las primas por adelantado* con su declaración de impuestos.

Determinación adversa significa una decisión *nuestra* que resulta en:

1. La denegación de una solicitud de servicios.
2. La denegación, reducción o falla para proporcionar o realizar el pago completo o en parte por un beneficio cubierto.
3. La determinación que una admisión, permanencia continua, u otro servicio de atención médica no cumple con *nuestros* requisitos de *necesidad médica*, conveniencia, entorno de atención médica, o grado de cuidado o eficacia.
4. La determinación que un servicio es *experimental, está en investigación, tratamiento cosmético, no necesario desde el punto de vista médico* o inapropiado.
5. *Nuestra* decisión para denegar la cobertura se basa en la determinación de elegibilidad.
6. La *rescisión* de la determinación de la cobertura como se describe en la sección Provisiones generales de este *contrato*.
7. Una determinación de revisión prospectiva o retrospectiva que deniega, reduce o falla para proporcionar o realizar el pago completo o en parte por un beneficio cubierto.

Refiérase a la sección de Procedimientos de Queja y Apelación de este *contrato* para obtener información sobre su derecho de *apelar* una *determinación adversa*.

Trasplante alogénico de médula ósea o BMT, siglas en inglés, significa un procedimiento en el cual la médula ósea de un donante relacionado o no relacionado se infunde al receptor del trasplante e incluye el trasplante de células madre (blastocitos) de sangre periférica.

Cantidad permitida significa el *gasto por servicio elegible* que nosotros pagaremos por los servicios proporcionados a usted por un proveedor.

Apelación es el proceso formal *nuestro* o de *nuestro* Agente de Revisión de la Utilización mediante el cual un *afiliado*, o un individuo actuando en nombre de un *afiliado*, o un *proveedor del afiliado* conocido puede solicitar reconsideración de una determinación adversa.

Análisis del comportamiento aplicado es aprobado por el Cirujano General de EE. UU. (U.S. Surgeon General), la Academia Americana de Pediatría (The American Academy of Pediatrics), y los Institutos Nacionales de Salud Infantil y Desarrollo Humano (National Institutes of Child Health and Human Development). Este tratamiento probado científicamente es terapia intensiva e individualizada útil para avanzar en todas las áreas del desarrollo inclusive social, del lenguaje y comportamiento.

Autorización o Autorizado (también “Autorización previa” o “Aprobación”) significa *nuestra* decisión para aprobar la necesidad médica o determinar la idoneidad de atención para un *afiliado* por el PCP o por el grupo de *proveedores del afiliado*, previo a que el *afiliado* reciba los servicios.

Trastorno del espectro autista se refiere a un grupo de trastornos complejos representados por patrones repetitivos y característicos de comportamiento y dificultades con la comunicación e interacción social. Los síntomas se presentan desde la niñez temprana y afectan el funcionamiento diario como se define por las ediciones más recientes del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, y por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (ICD, siglas en inglés).

Trasplante autólogo de médula ósea o ABMT, siglas en inglés, significa un procedimiento en el cual la médula ósea infundida se deriva de la misma persona que es el receptor del trasplante e incluye el trasplante de células madre (blastocitos) de sangre periférica.

Facturación del saldo significa la facturación para usted de un *proveedor fuera de la red* por la diferencia entre el cobro del proveedor por un servicio y el *gasto por servicio elegible*. Los *proveedores de la red* no pueden *facturar* a usted por los *gastos por servicios cubiertos*.

Consejería por luto significa la consejería de *afiliados de la familia inmediata* de una persona fallecida que está designada para ayudarles a adaptarse al fallecimiento de la persona.

Cargos facturados son los cargos por el cuidado médico o servicios de atención médica incluidos en un reclamo presentado por un *médico o proveedor*.

Administración de la atención es un programa en el cual un(a) enfermero(a) titulado(a) o profesional para la salud mental licenciado, conocido como un administrador de la atención, ayuda a un *afiliado* a través de un proceso de colaboración que evalúa, planea, implementa, coordina, controla y evalúa opciones y beneficios de atención médica disponibles para un *afiliado*. La *Administración de la atención* se instituye como *nuestra* única opción cuando es un acuerdo mutuo entre el *afiliado* y el *médico del afiliado*.

Centro de excelencia significa un *hospital* qué:

1. Se especializa en un tipo o tipos específicos de trasplante u otros servicios tales como cáncer, cirugía bariátrica o infertilidad; y
2. Ha acordado con *nosotros* o con una entidad designada por *nosotros* cumplir con la calidad de los criterios de atención médica de forma rentable. El hecho que un *hospital sea un proveedor de la red* no significa que éste sea un *Centro de excelencia*.

Cuidado quiropráctico incluye tratamiento neuromuscular en la forma de manipulación y corrección de los tejidos del cuerpo, particularmente de la columna vertebral y podría incluir modalidades de medicina física o el uso de *equipo médico duradero*.

Terapia de comunicación cognitiva son servicios diseñados para abordar modalidades de comprensión y expresión, inclusive entendimiento, lectura, escritura y expresión verbal de información.

Terapia de rehabilitación cognitiva son servicios diseñados para abordar actividades cognitivas terapéuticas, basadas en una evaluación y entendimiento de las deficiencias cerebrales y del comportamiento del *afiliado*.

Coaseguro significa el porcentaje de los *gastos por servicios cubiertos* que se puede requerir que *usted* pague cuando *usted* recibe un servicio. Las cantidades de *coaseguro* se listan en la sección *Programa de beneficios*. No todos los *servicios cubiertos* tienen *coaseguro*.

Servicios de reintegración a la comunidad son servicios que facilitan la continuación del cuidado a medida que un *afiliado* afectado se incorpora a la comunidad.

Queja significa cualquier insatisfacción expresada oralmente o por escrito por un demandante ante una compañía de seguros con respecto a cualquier aspecto de la operación de la compañía de seguros. El término incluye insatisfacción relacionada con la administración del plan, procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa*, la denegación, reducción, o terminación de un servicio por razones no relacionadas con necesidad médica, la manera en la cual el servicio es proporcionado, y una decisión de desafiliación. El término no incluye un malentendido o un problema de desinformación que se resuelve rápidamente clarificando el malentendido o proporcionando la información apropiada para la satisfacción del *afiliado*; o una expresión oral o escrita de insatisfacción o desacuerdo con una *determinación adversa* de un *proveedor o afiliado*.

Complicaciones del embarazo significa:

1. afecciones que requieren confinamiento en el *hospital* (cuando el embarazo no llega a término), cuyos diagnósticos son distintos del *embarazo* pero se afectan adversamente por el *embarazo*, o son causados por el *embarazo*, tales como nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, pérdida por aborto, y afecciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, pero no incluirán el falso trabajo de parto, sangrado ocasional, descanso indicado por el *proveedor* durante el período del *embarazo*, náuseas matinales, hiperemesis gravídica, preeclampsia, y problemas similares asociados con el tratamiento de un embarazo difícil no constituye una complicación nosológicamente distinta del *embarazo*; y
2. sección cesárea no selectiva, terminación de *embarazo* ectópico y terminación espontánea del *embarazo* que ocurre durante un período de gestación en el cual un nacimiento viable no es posible.

Contrato cuando se escribe en *cursiva*, se refiere a este *contrato*, tal como se emitió y se le entregó a *usted*. Este incluye las páginas adjuntas, las solicitudes y cualquier enmienda.

Copago o cantidad de copago significa la cantidad específica en dólares que se puede requerir que usted pague cuando usted recibe *servicios cubiertos*. Las cantidades de copago se muestran en la sección *Programa de beneficios*. No todos los *servicios cubiertos* tienen una *cantidad de copago*.

Tratamiento cosmético significa los tratamientos, procedimientos, o servicios que cambian o mejoran la apariencia sin mejorar significativamente la función fisiológica y sin tener en cuenta ninguna mejoría impuesta a las consecuencias fisiológicas o comportamiento socialmente elusivo que resulta de una *lesión*, *enfermedad*, o anomalía congénita.

Costo compartido significa la *cantidad deducible*, *cantidad de copago* y *coaseguro* que usted paga por los *servicios cubiertos*. La *cantidad de costo compartido* que se requiere que usted pague por cada tipo de *servicios cubiertos* se limita en la sección *Programa de beneficios*.

Reducciones de costos compartidos disminuyen la cantidad que usted tiene que pagar en *deducibles*, *copagos* y *coaseguro*. Para calificar para *reducciones de costos compartidos*, un individuo elegible debe inscribirse en un plan de nivel plata a través del Mercado de seguros o ser miembro de una tribu India Americana y/o Nativo de Alaska afiliado en un Plan de salud calificado (*QHP, siglas en inglés*) a través del Mercado de seguros de salud.

Servicio cubierto o gastos por servicios cubiertos significa servicios de atención médica, suministros o tratamiento como se describe en este *contrato* los cuales se realizan, recetan, dirigen o *autorizan* por un *proveedor*. Para ser un *servicio cubierto*, el servicio, suministro o tratamiento debe ser:

1. Proporcionado o incurrido mientras la cobertura del *afiliado* esté en vigencia bajo este *contrato*;
2. Cubierto por una provisión de beneficio específica de este *contrato*; y
3. No excluido en ninguna otra parte en este *contrato*.

Cuidado supervisado es el tratamiento diseñado para ayudar a un *afiliado* con las actividades de la vida diaria y que pueden ser proporcionadas por una persona laica y no necesariamente con el objetivo de curar o ayudar en la recuperación de una enfermedad o *lesión* corporal.

Los *cuidados supervisados* incluyen (pero no se limitan a) lo siguiente:

1. Cuidado personal tal como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, vestirse, bañarse, alimentarse y usar el inodoro;
2. Preparación y administración de dietas especiales;
3. Supervisión de la administración de medicamentos por un cuidador;
4. Supervisión de la autoadministración de medicamentos; o
5. Programas y tratamientos que incluyan o describan como, pero sin limitarse a, cuidado de convalecencia, cuidado de reposo, cuidado en hospital, cuidado educativo o cuidado recreativo.

Cantidad deducible o deducible significa la cantidad que usted debe pagar en un año de calendario por los *gastos cubiertos* antes de que nosotros paguemos los beneficios. Por la cobertura familiar, hay una *cantidad deducible* familiar, la cual es dos veces la *cantidad deducible* individual. Ambas, las *cantidades deducibles* individual y familiar se muestran en la sección *Programa de beneficios*.

Si usted es un *afiliado* cubierto en una familia de dos o más *afiliados*, usted cumplirá con su *cantidad deducible* cuando:

1. Usted cumpla su *cantidad deducible* individual; o

2. Su familia cumple con la *cantidad deducible* familiar por el año de calendario.

Si *usted cumple con su cantidad deducible* individual, cada uno de los otros *afiliados* en su familia son aún responsables por el *deducible* hasta que la *cantidad deducible* familiar se cumpla por el año de calendario.

Servicios dentales significa *cirugía* o servicios proporcionados para diagnosticar, prevenir, o corregir toda dolencia o defectos de los dientes y tejidos de apoyo, y todo suministro o aparatos orales relacionados. Los gastos por dicho tratamiento son considerados *servicios dentales* independientemente de la razón por los servicios.

Afiliado dependiente significa el cónyuge legal y/o un *hijo o hija elegible* del *afiliado*.

Capacitación para el autocontrol de la diabetes significa instrucción que permitirá a un *afiliado* y/o a su cuidador entender el cuidado y tratamiento de la diabetes, inclusive el asesoramiento nutricional y uso apropiado del equipo y suministros para la diabetes.

Descuento para medicamentos, cupón o tarjeta de copago son formas de tarjetas o cupones proporcionados usualmente por un fabricante de medicamentos para rebajar el *copago* o sus otros costos de su propio bolsillo (por ejemplo, *deducible o gasto máximo de su propio bolsillo*).

Equipo médico duradero significa artículos usados para servir a un diagnóstico o propósito terapéutico específico en el tratamiento de una *enfermedad o lesión*, que puedan soportar el uso repetido, no son generalmente útiles para una persona en ausencia de *enfermedad o lesión*, y son apropiados para usarse en la casa del paciente.

Fecha de entrada en vigencia significa la fecha en que un *afiliado* se vuelve cubierto bajo este *contrato* para *servicios cubiertos*.

Hijo (menor) elegible significa el hijo o hija de un *afiliado*, si el hijo o hija es menor de 26 años de edad. Tal como se usa en esta definición, “hijo” o “hija” significa:

1. Un hijo o hija natural;
2. Un(a) hijastro(a);
3. Un hijo(a) adoptado(a) legalmente y un hijo(a) para el/la cual el *afiliado* principal debe proporcionar apoyo médico conforme a una orden emitida bajo la Sección 14.061 del Código de familia, u otra orden ejecutable por un tribunal en Texas;
4. Un menor asignado a *usted* para adopción para quien *usted* es parte en un convenio en el cual la adopción del menor se solicita;
5. Un menor para quien la tutela legal ha sido concedida a *usted* o a su *cónyuge*. Es su responsabilidad notificar a la entidad con la cual *usted* está inscrito (ya sea el Mercado de seguros o *nosotros*) si su *hijo(a)* deja de ser un *menor elegible*. *Usted debe reembolsarnos* por todo beneficio que *proporcionemos* o paguemos por un menor al momento que se determine que el menor no califica como un *menor elegible*;
6. Un menor quien es residente de Texas o estudiante de tiempo completo en una institución de educación superior acreditada;
7. Un menor quien no es empleado por un empleador que ofrece algún plan de beneficio de salud bajo el cual el *afiliado dependiente* es elegible para cobertura;
8. Un menor quien no es elegible para cobertura bajo Medicaid o Medicare;

9. Cualquier hijo de los hijos del *afiliado*, si esos menores son dependientes del *afiliado* para fines del impuesto federal sobre la renta al momento de la solicitud; o
10. Un menor cuya cobertura es requerida por una orden de apoyo médico.

Gasto por servicio elegible significa un *gasto por servicio cubierto* como se determina más abajo.

1. Para los *proveedores de la red*: Cuando un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor de la red*, el *gasto del servicio elegible* es el honorario contratado con ese *proveedor*.
2. Para los *proveedores fuera de la red*:
 - a. Cuando un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor fuera de la red* como resultado de una *emergencia* y un *proveedor de la red* no puede razonablemente ser contactado, el *gasto de servicio elegible* es el menor de: (1) el honorario negociado, si lo hubiera, que haya sido acordado mutuamente por *nosotros* y el *proveedor* como pago total, o (2) el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. *A usted* se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. Si *usted* ha recibido *atención de emergencia* proporcionada por un *proveedor fuera de la red*, Ambetter from Superior HealthPlan trabajará con el *proveedor fuera de la red* para resolver la factura de manera que *usted* sólo tenga que pagar cualquier cantidad aplicable de *copago, coaseguro o deducible*. *Usted* debe consultar con un *proveedor de la red* para cualquier atención médica de seguimiento.
 - b. Cuando un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor fuera de la red* como resultado de una *emergencia* y un *proveedor de la red* puede razonablemente ser contactado, el *gasto por servicio elegible* es el menor de: (1) el honorario negociado, si lo hubiera, que haya sido acordado mutuamente por *nosotros* y el *proveedor* como pago total, o (2) el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. *A usted* se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. Si *usted* ha recibido *atención de emergencia* proporcionada por un *proveedor fuera de la red*, en la mayoría de casos Ambetter from Superior HealthPlan trabajará con el *proveedor fuera de la red* para resolver la factura de manera que *usted* sólo tenga que pagar cualquier cantidad aplicable de *copago, coaseguro o deducible*. *Usted* debe consultar con un *proveedor de la red* para cualquier atención médica de seguimiento.
 - c. Cuando el servicio o suministro no es el resultado de una *emergencia* y no es de un tipo proporcionado por algún *proveedor de la red* y un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor fuera de la red* o, si una lista de *proveedores fuera de la red* es proporcionada por *nosotros*, recibida de un *proveedor fuera de la red* seleccionado de la lista proporcionada por *nosotros*, el *gasto por servicio elegible* es el honorario negociado, si lo hubiera, que haya sido acordado mutuamente por *nosotros* y el *proveedor* como pago total. Si no hay honorario negociado acordado por el *proveedor* con *nosotros*, el *gasto por servicio elegible* es el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. *A usted* se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. Si *usted* ha recibido *atención médica que no es emergencia* proporcionada por un *proveedor fuera de la red* seleccionado de una lista proporcionada por *nosotros*, Ambetter from Superior HealthPlan trabajará con el *proveedor fuera de la red* para resolver la factura de manera que *usted* sólo tenga que pagar cualquier cantidad aplicable de *copago, coaseguro o deducible*. *Usted* debe consultar con un *proveedor de la red* para cualquier atención médica de seguimiento.
 - d. Cuando el servicio o suministro no es el resultado de una *emergencia* y no es de un tipo proporcionado por algún *proveedor de la red*, una lista de *proveedores fuera de la red* es proporcionada por *nosotros*, y un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor fuera de la red* no seleccionado de la lista proporcionada por *nosotros*, el *gasto por servicio elegible* es el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. *A usted* se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. El pago de su reclamo se basará en el *nivel de*

coaseguro de beneficio preferido. El costo compartido que usted paga se aplicará hacia el deducible y cantidad máxima de su propio bolsillo de su plan siempre y cuando nos notifique y proporcione evidencia del pago realizado al proveedor. Usted debe consultar con un proveedor de la red para cualquier atención médica de seguimiento.

- e. Cuando un *servicio cubierto* es recibido de un *proveedor fuera de la red* cuando es aprobado o *autorizado* por *nosotros*, el *gasto por servicio elegible* es el honorario negociado, si lo hubiera, que haya sido acordado mutuamente por *nosotros* y el *proveedor* como pago total (a usted no se le facturará por la diferencia entre el honorario negociado y el cargo del *proveedor*). Si no hay honorario negociado acordado por el proveedor con *nosotros*, el *gasto por servicio elegible* es el cargo usual y acostumbrado por dicho servicio. A usted se le puede facturar por la cantidad que pase del cargo usual y acostumbrado. Si usted ha recibido atención médica proporcionada por un *proveedor fuera de la red* que sea *autorizado* por *nosotros*, Ambetter from Superior HealthPlan trabajará con el *proveedor fuera de la red* para resolver la factura de manera que usted sólo tenga que pagar cualquier cantidad aplicable de *copago, coaseguro o deducible*. Usted debe consultar con un *proveedor de la red* para cualquier atención médica de seguimiento.
- f. Si un reclamo por un *servicio cubierto* o suministro recibido de un *proveedor fuera de la red* es elegible para *mediación* bajo la ley de Texas aplicable, *nosotros* podríamos requerir que usted solicite la *mediación* con el *proveedor fuera de la red*. *Nosotros* le notificaremos a usted cuando la *mediación* esté disponible y le informaremos cómo solicitar la *mediación*. Podemos pedirle a usted que participe en la *mediación*, pero no es requerido que participe si no desea hacerlo. No lo sancionaremos por no presentar la solicitud de *mediación*; sin embargo, si *nosotros* solicitamos que usted *inicie la mediación* y no lo hace, no seremos responsables de ninguna cantidad adicional que el *proveedor fuera de la red* le facture, a menos y hasta que usted solicite la *mediación*.

Tal como se usa en esta sección, “cargo usual y acostumbrado” se calcula basados en los cargos usuales, razonables, o acostumbrados pagados a y aceptados por los *proveedores*, y se basan en los estándares y prácticas generalmente aceptados en la industria para determinar los cargos acostumbrados *facturados* al cliente por un servicio y que justa y exactamente reflejen las tasas del mercado, inclusive las diferencias geográficas en costos.

Atención de emergencia significa servicios de atención médica proporcionados en una *instalación de emergencia hospitalaria, instalación autónoma de atención médica de emergencia, o instalación de emergencia* comparable para evaluar y estabilizar una afección de inicio y gravedad, inclusive dolor intenso, que podría llevar a una persona laica prudente que posea un conocimiento promedio de medicina y salud a creer que la afección, enfermedad o *lesión* de la persona es de tal naturaleza que la falta de obtención de atención médica inmediata podría resultar en:

1. poner la salud de la persona en grave riesgo;
2. deterioro grave de las funciones corporales;
3. disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo;
4. desfiguración importante; o
5. en el caso de una afiliada embarazada, grave riesgo para la salud del feto.

Afiliado significa *usted, su cónyuge legal y cada hijo o hija elegible*:

1. Nombrado en la solicitud; o
2. A quien *nosotros* aceptamos por escrito agregar como un *afiliado*.

Proveedor exclusivo (proveedor preferido o de la red) es un proveedor de atención médica o una organización de proveedores de atención médica con contrato o subcontrato para proporcionar servicios de atención médica a *afiliados* cubiertos bajo su plan de beneficios de proveedor exclusivo.

Plan de beneficio de proveedor exclusivo (EPO, siglas en inglés) es un tipo de plan de atención médica ofrecido por una compañía aseguradora que coordina o proporciona beneficios a *afiliados* cubiertos a través de una red de *proveedores exclusivos*, y que limita o excluye beneficios por servicios proporcionados por otros *proveedores*, excepto en casos de emergencia o referencias *aprobadas*.

Tratamiento en fase experimental o de investigación es un tratamiento de atención médica, servicio, o dispositivo para el cual hay evidencia clínica o desarrollo científico temprano que demuestra la posible eficacia del tratamiento, servicio, o dispositivo, pero que aún no se acepta ampliamente como estándar de atención médica prevaleciente.

Instalación de cuidado prolongado significa una institución, o una parte diferente de una institución que:

1. Está autorizada como una *Instalación de enfermería especializada o instalación de rehabilitación* por el estado en el cual opera;
2. Está regularmente comprometida a proporcionar cuidado de enfermería especializada de 24 horas bajo la supervisión regular de un *proveedor* y la supervisión directa de un enfermero titulado;
3. Mantiene un registro diario de cada paciente;
4. Tiene un plan de *revisión de la utilización* eficaz;
5. Proporciona a cada paciente un programa planeado de observación indicado por un *proveedor*; y
6. Proporciona a cada paciente tratamiento activo de una *enfermedad o lesión*, de acuerdo con los *estándares de la práctica médica aceptados* para esa enfermedad.

La *instalación de cuidado prolongado* no incluye una *instalación* principalmente para descanso, para ancianos, tratamiento de *trastorno por abuso de sustancias*, *cuidado supervisado*, cuidado de enfermería, o para cuidado de *trastornos mentales* o incapacitados mentalmente.

Instalación significa un *hospital*, *instalación de rehabilitación*, clínica de emergencias, clínica para consulta externa/servicios ambulatorios, centro de maternidad, centro de cirugía ambulatoria, *instalación de enfermería especializada*, u otra *instalación* que proporciona servicios de atención médica.

Estándares de la práctica médica generalmente aceptados son los estándares que tienen como base evidencia científica confiable publicada en la literatura médica revisada por colegas generalmente reconocidos por la comunidad médica importante, basándose principalmente en ensayos clínicos controlados.

Si no hay evidencia científica confiable disponible, entonces pueden considerarse los estándares que tienen como base las recomendaciones de la sociedad de la especialidad del *proveedor* o los estándares de atención profesional. *Nosotros* nos reservamos el derecho de consultar con los profesionales médicos para determinar si un servicio de atención médica, suministro o medicamento es *necesario desde el punto de vista médico* y es un *servicio cubierto* bajo la póliza. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de la especialidad del *proveedor*, la selección del profesional médico y la determinación de cuándo usar cualquiera de tales opiniones, será determinada por *nosotros*.

Habilitación o servicios de habilitación significa servicios de atención médica que le ayudan a mantener, aprender, o mejorar capacidades y funcionamiento para la vida cotidiana. Estos servicios podrían incluir

fisioterapia y terapia ocupacional, patología del habla y lenguaje, y otros servicios para personas con discapacidades en una variedad de entornos para pacientes *internados* o ambulatorios.

Servicios de asistencia de salud en el hogar significa aquellos servicios proporcionados por un ayudante para la atención médica en el hogar empleado por una *agencia de atención médica en el hogar* y supervisados por una enfermera registrada, que están dirigidos hacia la atención personal de un *afiliado*.

Servicios de atención médica en el hogar significa atención o tratamiento de una *enfermedad o lesión en la casa de un afiliado* que es:

1. Proporcionada por una *agencia de atención médica en el hogar*; y ha sido
2. Recetada y supervisada por un *proveedor*.

Agencia de atención médica en el hogar significa un negocio que:

1. proporciona *servicios de atención médica en el hogar*; y
2. está autorizada bajo el capítulo 142 del Código de Salud y Seguridad del departamento de Servicios Humanos y de Salud de Texas.

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

Hospicio significa una institución que:

1. Proporciona un *programa de cuidados de hospicio*;
2. Está separada o es operada como una unidad separada de un *hospital, instalación relacionada con el hospital, agencia de atención médica en el hogar, instalación de atención mental, instalación de cuidados prolongados*, o cualquier otra instalación de atención médica autorizada;
3. Proporciona atención para los enfermos en *fase terminal*; y
4. Está autorizada por el estado en el que opera.

Programa de cuidados de hospicio significa un programa interdisciplinario, coordinado, indicado y supervisado por un *proveedor* para cubrir las necesidades especiales físicas, psicológicas y sociales de un *afiliado en fase terminal* y los *miembros de su familia inmediata*.

Hospital es una institución autorizada y que opera conforme a las leyes que:

1. Su actividad principal es proporcionar u operar (ya sea en sus instalaciones o en *instalaciones* disponibles para el *hospital* en base contractual previo y bajo la supervisión de personal de uno o más *proveedores* debidamente autorizados), *instalaciones* médicas, diagnósticas y de *cirugía mayor* para la atención médica y el tratamiento de personas enfermas o lesionadas como *pacientes internados* por lo cual se realiza un cargo;
2. Proporciona servicio de enfermería durante las 24 horas, por o bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) profesional titulado(a) (R.N., siglas en inglés);
3. Es una instalación que mantiene y opera un mínimo de cinco camas;
4. Cuenta con rayos X e *instalaciones* de laboratorio ya sea en el lugar o están disponibles en base contractual previo; y
5. Mantiene registros permanentes de historial médico.

Mientras se encuentre confinado en una unidad, sección, o sala *hospitalaria* identificable separada, usada principalmente como instalación geriátrica, de descanso, de *cuidado supervisado* o de convalecencia, *instalación de rehabilitación*, *instalación de cuidado prolongado*, o *instalación de tratamiento residencial*, hogar de transición, o *instalación de transición*, un *afiliado* no será considerado como confinado en un hospital para fines de este contrato.

Enfermedad significa una enfermedad, dolencia, o trastorno de un *afiliado*. Todas las *enfermedades* que existen al mismo tiempo y que se deben o están relacionadas a la misma causa se consideran como una *enfermedad*. Además, si una *enfermedad* se debe a causas que son las mismas que, o están relacionadas con, las causas de una *enfermedad* anterior, se considerará que la *enfermedad* es una continuación o recurrencia de la *enfermedad* anterior y no una *enfermedad* separada.

Familia inmediata significa los padres, *cónyuge*, hijos, o hermanos de cualquier *afiliado*, o cualquier persona que vive con el *afiliado*.

Lesión significa daño corporal accidental sufrido por el *afiliado* y causado en el cuerpo por una fuerza externa. Todas las *lesiones* ocasionadas por el mismo accidente se consideran como una *lesión*.

Paciente internado significa que los servicios, suministros o tratamiento médico, salud del comportamiento o uso de sustancias son recibidos por una persona que es paciente residente durante la noche en un *hospital* u otra *instalación* a donde usa y se le cobra por habitación y alimentación.

Unidad de cuidados intensivos significa una Unidad de Cuidados Cardíacos, u otra unidad o área de un *hospital*, que cumple con los estándares requeridos por la Comisión Conjunta para unidades de cuidados especiales (Joint Commission for special care units).

Rehabilitación intensiva diurna significa dos o más tipos diferentes de tratamiento proporcionados por uno o más *médicos practicantes de rehabilitación autorizados* y realizados durante tres o más horas por día, de cinco a siete días por semana.

Pérdida de cobertura mínima esencial significa que en el caso de un empleado o dependiente que tiene cobertura que no es continuación de cobertura de COBRA, las condiciones se cumplen al momento que la cobertura se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad (independientemente de si el individuo es elegible para o selecciona la continuación de cobertura COBRA). La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debido a que el empleado o dependiente no paga las primas en forma puntual o la terminación de cobertura por causa (tal como presentar una reclamación fraudulenta o una tergiversación intencional de un hecho material en relación con el plan). La pérdida de elegibilidad para la cobertura incluye, pero no está limitada a:

1. Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de una separación legal, divorcio, cesación del estado de dependiente (tal como alcanzar la edad máxima para ser elegible como un hijo dependiente bajo el plan), fallecimiento de un empleado, terminación de empleo, reducción en el número de horas de empleo y cualquier pérdida de elegibilidad para la cobertura después de un período que se mide en relación a cualquiera de los anteriores;
2. En el caso de cobertura ofrecida a través de una HMO, EPO, u otro arreglo, en el mercado individual que no proporciona beneficios a individuos que ya no residen, viven o trabajan en el *área de servicio*, la pérdida de cobertura porque un individuo ya no reside, vive o trabaja en el *área de servicio*, (ya sea que esté o no dentro de la selección del individuo);
3. En el caso de cobertura ofrecida a través de una HMO, EPO, u otro arreglo, en el mercado de grupo que no proporcione beneficios a los individuos que ya no residen, viven o trabajan en el *área de servicio*, la pérdida de cobertura porque un individuo ya no reside, vive o trabaja en el *área de*

servicio, (ya sea que esté o no dentro de la selección del individuo), y no haya ningún otro paquete de beneficios disponible para el individuo;

4. Una situación en la cual el individuo incurre en una reclamación que cubriría o excede el límite de todos los beneficios durante toda la vida;
5. Una situación en la cual el plan ya no ofrece ningún beneficio a la clase de individuos similarmente situados (como se describe en 26 CFR § 54.9802-1(d)) que incluye al individuo;
6. En el caso de un empleado o dependiente que tiene cobertura que no es continuación de cobertura COBRA, las condiciones se cumplen al momento que terminan las contribuciones del empleador hacia la cobertura del empleado o los dependientes. Las contribuciones del empleador incluyen contribuciones de cualquier empleador actual o anterior que estaba contribuyendo hacia la cobertura del empleado o dependiente; y
7. En el caso de un empleado o dependiente que tiene cobertura que es continuación de cobertura COBRA, las condiciones se cumplen al momento que se agota o termina la continuación de cobertura COBRA. Un individuo que cumple con las condiciones para afiliación especial, no se afilia y en cambio elige y atoba la continuación de cobertura COBRA cumple con las condiciones.

Limitaciones de medicamentos administrados significa los límites en la cobertura basados en un lapso de tiempo, cantidad o dosis de un medicamento, u otros criterios específicos predeterminados.

Cantidad máxima que usted paga de su propio bolsillo es la suma de la cantidad deducible, *cantidad deducible por medicamentos con receta* (si aplica), *cantidad de copago* y *coaseguro de gastos cubiertos*, como se muestra en el Plan de beneficios. Después de que un individuo alcance la *cantidad máxima que paga de su propio bolsillo*, nosotros pagamos el 100% de los *gastos por servicios elegibles*. La *cantidad máxima que la familia paga de su propio bolsillo* es dos veces la *cantidad máxima* que un individuo *paga de su propio bolsillo*. Para la cobertura familiar, la cantidad máxima que la familia paga de su propio bolsillo puede alcanzarse con la combinación de los *gastos por servicios elegibles* de uno o más de los *afiliados*. Ambas *cantidades máximas* individual y familiar *que paga de su propio bolsillo* se muestran en la sección *Programa de beneficios*.

Para la cobertura familiar, la *cantidad máxima* familiar *que paga de su propio bolsillo* puede lograrse con la combinación de cualquier *gasto por servicio elegible* de los *afiliados* cubiertos. La *cantidad máxima que paga de su propio bolsillo* como afiliado cubierto no excederá la *cantidad* individual *máxima que paga de su propio bolsillo*.

Si *usted* es un *afiliado* cubierto en una familia de dos o más *afiliados*, *usted* cumplirá con el pago de la *cantidad máxima de su propio bolsillo* cuando:

1. *Usted* cumpla con el pago de la *cantidad máxima* individual *de su propio bolsillo*; o
2. Su familia cumpla con el pago de la *cantidad máxima* familiar *de su propio bolsillo* por el año de calendario.

Si *usted cumple* con el pago de su *cantidad máxima* individual *de su propio bolsillo*, *usted* no pagará ningún *costo compartido* más por el resto del año de calendario, pero cualquier otro *afiliado* elegible en su familia debe continuar pagando el *costo compartido* hasta que la *cantidad* familiar *máxima de su propio bolsillo* se cumpla por el año de calendario.

Los límites dentales máximos que paga de su propio bolsillo no aplican para el cumplimiento *de la cantidad máxima que paga de su propio bolsillo* por año de calendario como se muestra en la sección *Programa de beneficios*.

Beneficio terapéutico máximo significa el punto en el curso del tratamiento donde no se espera mejoría adicional en la enfermedad de un *afiliado*, aunque podría haber fluctuaciones en los grados de dolor y función.

Mediación significa un proceso en el cual un mediador imparcial facilita y promueve el acuerdo entre la compañía aseguradora que ofrece un *plan de beneficio exclusivo al proveedor* o al administrador y un *proveedor* con base en una *instalación* o un *proveedor de atención médica de emergencia*, o el representante del *proveedor* para resolver un reclamo de beneficios de salud de un *afiliado*.

Necesario desde el punto de vista médico significa servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar una *enfermedad*, *lesión*, *afección*, *dolencia*, o sus síntomas y que cumple con los estándares de medicina aceptados.

Estable desde el punto de vista médico significa que la persona ya no está experimentando deterioro adicional como resultado de una *lesión* o *enfermedad* anterior y no hay cambios agudos en los hallazgos físicos, resultados de laboratorio o resultados radiológicos que necesiten atención médica intensiva. La atención médica intensiva no incluye *rehabilitación intensiva*.

Trastorno de salud mental se refiere al patrón de comportamiento, emocional o cognitivo de funcionamiento que se lista en la edición más reciente del Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales y en la edición más reciente de la Clasificación internacional de enfermedades.

Suministros médicos necesarios significa suministros médicos que son:

1. Necesarios para el cuidado o tratamiento de una *lesión* o *enfermedad*;
2. *Equipo médico duradero* o no reutilizable; y
3. No puede ser usado por otros pacientes.

Los *suministros médicos necesarios* no incluyen suministros de primeros auxilios, bolas de algodón, alcohol para frotar, o artículos parecidos rutinariamente encontrados en el hogar.

Red significa un grupo de *proveedores preferidos* y *proveedores* de atención médica disponibles para un *afiliado* bajo un *plan de beneficios de proveedor exclusivo*, y directa o indirectamente con contrato con *nosotros* para proporcionar servicios médicos o de atención médica a individuos asegurados bajo el plan.

Gasto por servicio elegible de la red significa el *gasto por servicio elegible* por servicios o suministros que son proporcionados por un *proveedor de la red*. Por servicios en *instalaciones*, este es el *gasto por servicio elegible* que es proporcionado en y facturado por una *instalación de la red* por los servicios de ya sea un *proveedor de la red* o *fuera de la red*. *Gasto por servicio elegible de la red* incluye beneficios por servicios de salud de emergencia aunque sean proporcionados por un *proveedor fuera de la red*.

Proveedor fuera de la red (o **proveedor no preferido**) significa un proveedor que no tiene un contrato con *nosotros* para proporcionar cuidado médico o atención médica al *afiliado* a través de esta póliza de seguro de salud. También nos podemos referir a ellos como *proveedores no preferidos*.

Proveedor de la red (o **proveedor preferido**), a veces referido como un “*proveedor de la red*”, significa el grupo de *proveedores* disponibles para el *afiliado* bajo este *plan de beneficios de proveedor exclusivo*, y directa o indirectamente contratados para proporcionar servicios médicos o de atención médica al *afiliado*. Estos *proveedores* serán identificados en el más reciente Directorio de Proveedores de la *red*.

Examen neurológico y del comportamiento es una evaluación de la historia de dificultad neurológica y psiquiátrica, síntomas actuales, estado mental actual, e historia premórbida, inclusive la identificación de comportamiento problemático y la relación entre comportamiento y las variables que controlan el comportamiento. Esto puede incluir entrevistas del *afiliado*, familia, u otros.

Tratamiento neurológico y del comportamiento son las intervenciones que se enfocan en el comportamiento y en las variables que controlan el comportamiento.

Rehabilitación neurocognitiva son servicios diseñados para ayudar a los afiliados que tienen deterioro cognitivo para compensar las deficiencias en el funcionamiento cognitivo mediante la recuperación de capacidades cognitivas y/o el desarrollo de estrategias y técnicas compensadoras.

Tratamiento neurocognitivo son servicios diseñados para abordar deficiencias neurológicas en el proceso de información y para facilitar el desarrollo de capacidades cognitivas de nivel más alto.

Tratamiento de neuroretroalimentación son servicios que utilizan el procedimiento de aprendizaje de condicionamiento operante basado en parámetros electroencefalográficos (EEG), y que están diseñados para resultar en rendimiento y comportamiento mental mejorados, y estado de ánimo estabilizado.

Prueba neurofisiológica es una evaluación de las funciones del sistema nervioso.

Tratamiento neurofisiológico significa intervenciones que se enfocan en las funciones del sistema nervioso.

Análisis neurofisiológico es la administración de una amplia serie de pruebas para evaluar los puntos fuertes y débiles neurocognitivos, de comportamiento, y emocionales, y su relación con el funcionamiento del sistema nervioso central normal y anormal.

Tratamiento neuropsicológico significa intervenciones diseñadas para mejorar o minimizar deficiencias en el proceso cognitivo y de comportamiento.

Aparato ortésico es un *aparato necesario desde el punto de vista médico* usado para apoyar, alinear, prevenir o corregir deformidades, proteger una función corporal, mejorar la función y movilidad de la parte del cuerpo, o ayudar con las articulaciones disfuncionales. Los aparatos ortésicos deben usarse para el apoyo terapéutico, protección, recuperación o función de una parte del cuerpo deteriorada, para el tratamiento de una *enfermedad o lesión*.

Otro plan significa todo plan o póliza que proporcione seguro, reembolso, o beneficios de servicio para gastos de *hospital*, quirúrgicos o médicos. Este incluye pago bajo pólizas de seguro grupal o individual, automóvil sin culpa o pagos de cobertura médica, pago de cobertura médica del seguro de casa, pago de cobertura médica en instalaciones, planes de servicios de salud sin fines de lucro, contratos de afiliados con organizaciones para el mantenimiento de la salud, planes grupales autoasegurados, planes prepagados, y Medicare cuando el *afiliado* está inscrito en Medicare. *Otro plan* no incluirá a Medicaid.

Servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios significa servicios estructurados proporcionados para abordar deficiencia en las funciones psicológicas, de comportamiento y/o cognitivas.

Servicios para pacientes ambulatorios incluye la instalación, servicios complementarios y cargos profesionales cuando se proporcionan como paciente ambulatorio en un hospital, instalación de cuidado alternativo, clínica de salud, u otro proveedor según se determine por el plan. Estas *instalaciones* pueden

incluir un centro no hospitalario que proporciona servicios de diagnóstico y tratamiento, cirugía, o rehabilitación, u otra *instalación de proveedores* según se determine por nosotros. Los cargos profesionales sólo incluyen servicios facturados por un médico u otro profesional.

Instalación quirúrgica para pacientes ambulatorios significa toda *instalación* con un personal médico de *proveedores* que opera conforme a la ley con el propósito de realizar *procedimientos quirúrgicos*, y que no proporciona acomodaciones para que los pacientes pernocten. Esto no incluye *instalaciones* tales como: clínicas de cuidados intensivos, *centros de atención urgente*, clínicas de cuidado ambulatorio, *instalaciones* que atienden sólo emergencias, y consultorios de *proveedores*.

Programa de control del dolor significa un programa que usa equipos multidisciplinarios que proporcionan servicios coordinados, orientados al objetivo para un *afiliado* que tiene dolor crónico que interfiere significativamente con el funcionamiento físico, psicosocial, y vocacional, con el propósito de reducir el dolor, mejorar la función, y disminuir la dependencia en el sistema de atención médica. *Un programa de control del dolor* debe ser individualizado y proporcionar *rehabilitación* física, educación sobre el dolor, capacitación en relajación, y evaluación médica.

Proveedor o médico significa un profesional médico titulado que está practicando dentro del alcance de su autoridad licenciada en el tratamiento de una *lesión* o enfermedad corporal y se requiere que esté cubierto por la ley estatal.

Servicios de transición posteriores al cuidado agudo son servicios que facilitan la continuación del cuidado más allá de la consulta neurológica inicial a través de la *rehabilitación* y reintegración a la comunidad.

Embarazo significa el estado físico de estar embarazada, pero no incluye *complicaciones del embarazo*.

Medicamento con receta significa toda sustancia médica cuya etiqueta es requerida que lleve la inscripción "sólo con receta" ("RX only").

Orden de receta significa la solicitud para cada fármaco o medicamento por separado por un *proveedor*, o por cada renovación *autorizada* o por dichas solicitudes.

Proveedor de atención primaria o PCP significa un *proveedor* quien proporciona o dirige los servicios de atención médica para *usted*. Entre los *PCP* se incluye a internistas, médicos de familia, médicos generales, Enfermeros registrados para prácticas avanzadas (APRN, siglas en inglés), Asistentes médicos (PA, siglas en inglés), pediatras, y obstetras/ ginecólogos (OB/GYN, siglas en inglés), o cualquier otra práctica autorizada por el plan. El *PCP* supervisa, dirige y proporciona la atención inicial y los servicios médicos básicos para *usted* y está a cargo de *su* atención continua.

Autorización previa es una decisión para aprobar la necesidad médica o la pertinencia de la atención médica para un *afiliado* por el *PCP del afiliado* o grupo de *proveedores* antes de que el *afiliado* reciba los servicios.

Prueba de pérdida significa información requerida por *nosotros* para decidir si una reclamación es pagadera y la cantidad que es pagadera. Puede incluir, pero sin limitarse a, formularios de reclamos, facturas médicas, o registros, *otra información del plan*, pago de reclamo, información acerca de los precios de la *red*, informes bancarios, y reportes de la policía. La *prueba de pérdida* debe incluir una copia de todos los formularios de Explicación de beneficios de cualquier otro proveedor, inclusive Medicare.

Aparato protésico es un *aparato necesario desde el punto de vista médico* usado para reemplazar, corregir, o apoyar una porción perdida del cuerpo, para prevenir o corregir una deformidad física o mala función, o para apoyar una parte débil o deformada del cuerpo.

Prueba psicofisiológica es una evaluación de las interrelaciones entre el sistema nervioso y otros órganos del cuerpo y el comportamiento.

Tratamiento psicofisiológico son intervenciones diseñadas para aliviar o disminuir las respuestas fisiológicas anormales del sistema nervioso debido a factores del comportamiento o emocionales.

Plan de salud calificado o **QHP**, siglas en inglés, significa un plan de salud que tiene en efecto una certificación que cumple con los estándares descritos en la subparte C de la parte 156 emitida o reconocida por cada Mercado de seguros de salud a través de la cual dicho plan es ofrecido de acuerdo con el proceso descrito en la subparte K de la parte 155.

Individuo calificado significa, con respecto al Mercado de seguros de salud, un individuo que ha sido determinado que es elegible para afiliarse a través del Mercado de seguros de salud en un *plan de salud calificado* en el mercado individual.

Cirugía reconstructiva significa la *cirugía* realizada en una estructura corporal anormal causada por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores, o enfermedad para mejorar la función, o para mejorar la apariencia del paciente en la medida de lo posible. Esta incluye anomalías craneofaciales.

Rehabilitación significa cuidado para restitución (inclusive para educación o capacitación) de una capacidad previa de la función a un grado *de beneficio terapéutico máximo*. Esto incluye *rehabilitación de agudos*, rehabilitación de subagudos, o rehabilitación diurna intensiva, e incluye el *tratamiento de rehabilitación* y los *programas para control del dolor*. Una hospitalización de *paciente interno* será considerada para la *rehabilitación* al momento que el *afiliado* haya sido *estabilizado médicamente* y comience a recibir *terapia o tratamiento de rehabilitación* bajo un *programa para control del dolor*.

Instalación de rehabilitación significa una institución o una unidad, sección, o sala de *hospital* separada e identificable que:

1. Está autorizada por el estado como una *instalación de rehabilitación*; y
2. Funciona principalmente para proporcionar atención primaria o *rehabilitación* las 24 horas para personas enfermas o lesionadas como *pacientes internados*.

La *instalación de rehabilitación* no incluye una *instalación* principalmente para descanso, para ancianos, atención a largo plazo, vida cotidiana asistida, cuidado supervisado, cuidado de enfermería, o para cuidado de personas mentalmente incompetentes.

Médico autorizado para proporcionar rehabilitación significa, pero no se limita a un *proveedor*, fisioterapeuta, terapeuta del habla, terapeuta ocupacional, o terapeuta respiratorio. Un *médico autorizado para proporcionar rehabilitación* debe tener licencia o certificación por el estado en el cual preste y realice servicios dentro del alcance de esa licencia o certificación.

Terapia de rehabilitación significa fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, o terapia respiratoria.

Rescisión de una póliza significa la determinación de una compañía de seguros de retirar la cobertura y regresar a la fecha inicial de la cobertura.

Residencia significa la ubicación física donde *usted* vive. Si *usted* vive en más de una ubicación, y *usted* presenta una declaración de impuestos de Estados Unidos, la dirección física (no un apartado de correos) mostrada en su declaración de impuestos de Estados Unidos como *su residencia* será considerada como que es su lugar de *residencia*. Si no presenta una declaración de impuestos de Estados Unidos, la *residencia* donde *usted* pasa la mayor parte de su tiempo será considerada como su lugar de *residencia*.

Instalación para tratamiento residencial significa una *instalación* que proporciona (con o sin cobro) alojamiento para dormir, y:

1. No es un *hospital, instalación para cuidado prolongado, o instalación de rehabilitación*; o
2. Es una unidad cuyas camas no están autorizadas a un nivel igual a o más agudo que de enfermería especializada.

Atención de relevo significa servicios de atención médica en el hogar proporcionados temporalmente a un *afiliado* para proporcionar alivio a un *familiar cercano del afiliado* o a otro cuidador.

Costos de atención de rutina del paciente significa los costos de todo servicio de *atención médica necesaria desde el punto de vista médico* para lo cual los beneficios son proporcionados bajo un plan de beneficios de salud, sin tener en cuenta si el *afiliado* está participando en un ensayo clínico. Los *costos de atención de rutina del paciente* no incluyen:

1. El costo de un nuevo medicamento o dispositivo *en fase de investigación* que no está aprobado para alguna indicación por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, inclusive un medicamento o dispositivo que es el sujeto de un ensayo clínico;
2. El costo de un servicio que no es un servicio de atención médica, independiente si el servicio es requerido en relación con la participación en un ensayo clínico;
3. El costo de un servicio que no concuerda con los ampliamente establecidos y aceptados estándares de cuidado para un diagnóstico particular;
4. Un costo asociado con la administración de un ensayo clínico; o
5. El costo de un servicio de atención médica que es específicamente excluido de la cobertura bajo un plan de beneficios de salud.

Programa de beneficios significa un resumen del *deducible, copago, coaseguro, cantidad máxima de su propio bolsillo*, y otros límites que aplican cuando *usted recibe servicios* y suministros cubiertos.

Área de servicio significa área geográfica, compuesta de condados, donde hemos sido autorizados por el Estado de Texas para vender y comercializar *nuestros* planes de salud. Estos condados son: Bandera, Bastrop, Bell, Bexar, Blanco, Brazoria, Brazos, Brooks, Burleson, Burnet, Caldwell, Cameron, Collin, Comal, Concho, Dallas, Denton, El Paso, Fayette, Fort Bend, Gillespie, Grimes, Harris, Hays, Hidalgo, Hunt, Kendall, Kerr, Lee, Llano, Madison, Mason, McCulloch, McLennan, Medina, Menard, Montgomery, Parker, Rockwall, Starr, Tarrant, Travis, Willacy, y Williamson. Usted puede recibir exactamente los límites del *área de servicio* en *nuestro* sitio web o en *nuestro* departamento de Servicio al cliente.

Especialista es un *médico* que se enfoca en un área específica de la medicina o grupo de pacientes para diagnosticar, controlar, prevenir o tratar cierto tipo de síntomas y afecciones.

Cónyuge significa la persona con quien *usted* está legalmente casado(a).

Rehabilitación para pacientes subagudos significa uno o más tipos diferentes de tratamiento proporcionado por uno o más *médicos autorizados para proporcionar rehabilitación* y realizados durante media hora hasta dos horas por día, cinco a siete días por semana, mientras el *afiliado* esté confinado como un *paciente internado* en un *hospital, instalación de rehabilitación, o instalación de cuidado prolongado*.

Trastorno por uso de sustancias significa abuso, uso excesivo, o dependencia de alcohol, medicamentos o sustancias químicas. *Los trastornos por abuso de sustancias* cubiertos se listan en la última edición del Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales y en la última edición de la Clasificación internacional de enfermedades.

Cirugía o procedimiento quirúrgico significa:

1. Un procedimiento diagnóstico invasivo; o
2. El tratamiento de una *enfermedad o lesión de un afiliado* por operaciones manuales o instrumentales, realizadas por un *proveedor* mientras el *afiliado* se encuentra bajo anestesia general o local.

Exámenes de vigilancia para el cáncer de ovario significa análisis de detección anual utilizando:

1. Análisis con marcador tumoral sérico CA-125;
2. Ultrasonido transvaginal; o
3. Examen pélvico.

Servicio de telesalud (telehealth) significa un servicio para la salud, diferente al *servicio médico de telemedicina*, proporcionado por un profesional médico licenciado, certificado, o de otro modo autorizado para practicar en este estado y actuar dentro del campo de la licencia profesional para la salud, certificación, o con derecho para que un paciente en una ubicación física diferente a la del profesional de la salud utilice telecomunicaciones o tecnología de información para facilitar el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, *administración de la atención*, y autocontrol de la atención médica de un paciente.

Servicio médico de telemedicina es un servicio de atención médica proporcionado por un *médico* licenciado en este estado, o un profesional de la salud que actúa conforme a la delegación y supervisión de un *médico* licenciado en este estado, y actúa dentro del campo de la licencia profesional del médico o del profesional de la salud para que un paciente en una ubicación física diferente a la del *médico* o del profesional de la salud use telecomunicaciones o tecnología de información para facilitar el diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, *administración de la atención*, y autocontrol de la atención médica de un paciente.

Asesoramiento sobre enfermedad terminal significa el asesoramiento a la *familia inmediata* de una persona con *enfermedad terminal* con el propósito de enseñarle a la *familia inmediata* cómo cuidar y ajustarse a la *enfermedad* y muerte inminente de la persona con la *enfermedad terminal*.

Enfermedad terminal significa que un *proveedor* ha proporcionado un pronóstico que un *afiliado* tiene seis o menos meses de vida.

Tercero significa una persona u otra entidad que está o puede ser obligada, o es responsable del *afiliado* para el pago de cualquier gasto del *afiliado* por *enfermedad o lesión*. El término “*tercero*” incluye, pero no se limita a, una persona individual; una entidad u organización comercial con o sin fines de lucro; una agencia o un programa gubernamental; y una compañía de seguros. Sin embargo, el término “*tercero*” no incluirá a ninguna compañía de seguros con una póliza bajo la cual el *afiliado* tiene derecho a recibir beneficios como un *afiliado* nombrado, o un *afiliado dependiente* asegurado de un *afiliado* nombrado excepto en aquellas

jurisdicciones donde los estatutos o la ley común no prohíbe específicamente *nuestro* derecho a cobrar de estas otras fuentes.

Uso de tabaco o uso del tabaco significa el uso de tabaco por individuos que pueden legalmente usar tabaco bajo la ley federal y estatal en promedio cuatro o más veces por semana, y en un plazo no mayor de los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de que este *contrato* fuera completado por el *afiliado*, incluyendo todos los productos de tabaco pero excluyendo los usos religiosos y ceremoniales del tabaco.

Servicios no comprobados significa servicios, inclusive medicamentos, que no se haya determinado que son eficaces para el tratamiento de la afección, y/o no tienen un efecto beneficioso en los resultados de la salud, debido a insuficiencia o inadecuada evidencia clínica de *ensayos controlados, aleatorizados bien dirigidos o estudios de grupos bien dirigidos* en la literatura médica revisada por colegas imperante.

1. “*Ensayos controlados, aleatorizados, bien dirigidos*” significa que dos o más tratamientos se comparan entre sí, y al paciente no se le permite escoger cuál tratamiento recibir.
2. “*Estudios de grupos bien dirigidos*” significa que los pacientes que reciben el tratamiento del estudio se comparan con un grupo de pacientes que reciben el tratamiento estándar. El grupo de comparación debe ser casi idéntico al grupo de tratamiento del estudio.

Centro de cuidado urgente significa una *instalación*, no incluye una sala de emergencia de *hospital* o un consultorio del *proveedor*, que proporciona tratamiento o servicios que son requeridos:

1. Para prevenir deterioro grave de la salud de un *afiliado*; y
2. Como resultado de una *enfermedad, lesión imprevista*, o el inicio de síntomas agudos o graves.

Revisión de la utilización significa un proceso usado para controlar el uso de, o evaluar la necesidad clínica, conveniencia, eficacia, o eficiencia de, servicios, procedimientos, u opciones de atención médica. Las áreas de revisión pueden incluir revisión ambulatoria, revisión futura, segunda opinión, certificación, revisión simultánea, *administración de la atención*, planificación del alta, o revisión retrospectiva.

COBERTURA DE AFILIADOS DEPENDIENTES

Elegibilidad de afiliados dependientes

Sus afiliados dependientes se vuelven elegibles para cobertura bajo este *contrato* en la última de las siguientes fechas:

1. Fecha que *usted* inició su cobertura bajo este *contrato*;
2. Fecha de nacimiento de un recién nacido; o
3. Fecha que un menor adoptado es puesto con el *afiliado* para el propósito de adopción o el *afiliado* asume el apoyo financiero total o parcial del menor.

Fecha de vigencia para afiliados dependientes iniciales

La *fecha de vigencia* para *sus afiliados dependientes* iniciales será la misma fecha de *su* fecha de cobertura inicial. Sólo los *afiliados dependientes* incluidos en la solicitud para esta póliza estarán cubiertos en su *fecha de vigencia*.

Cobertura para un menor recién nacido

Un *menor elegible* nacido de *usted* o de un miembro de la familia estará cubierto desde el momento del nacimiento hasta el día 31 después de su nacimiento.

Se requerirá prima adicional para continuar la cobertura que vaya más allá del día 31 después de la fecha de nacimiento. La prima requerida se calculará desde la fecha de nacimiento del menor. Si la notificación del recién nacido la *recibimos* del Mercado de seguros de salud dentro de los 31 días de su nacimiento, se cobrará una prima adicional para cobertura del menor recién nacido por un período no inferior a 31 días después del nacimiento del menor. Si la notificación no se recibe dentro de los 31 días del nacimiento, cobraremos una prima adicional desde la fecha de nacimiento. Si la notificación es proporcionada por el Mercado de seguros de salud dentro de 60 días del nacimiento del menor, el *contrato* podría no negar la cobertura del menor debido a la falla en notificarnos del nacimiento del menor o para preafiliar al menor. La cobertura del menor terminará el día 31 después de su nacimiento, a menos que *nosotros* hayamos recibido aviso de la entidad en la cual *usted* está afiliada (ya sea el Mercado de seguros o nosotros).

Cobertura para un menor adoptado

Un *menor elegible* puesto legalmente para adopción con *usted* o con su *cónyuge* estará cubierto desde la fecha de *colocación* hasta el día 31 después de la *colocación*, a menos que la *colocación* se interrumpa antes de la adopción legal y el menor sea retirado de *su* tutela o la de *su cónyuge*.

El menor estará cubierto por *pérdida debida a lesión y enfermedad, inclusive el cuidado médicamente necesario y el tratamiento de afecciones previas existentes* a la fecha de *colocación*.

Se requerirá prima adicional para continuar la cobertura que vaya más allá del día 31 después de la *colocación* del menor y cuando hayamos recibido notificación del Mercado de seguros de salud. La prima requerida se calculará desde la fecha de *colocación* del menor. La cobertura del menor terminará el día 31 después de la *colocación*, a menos que *nosotros* hayamos recibido ambas: (A) Notificación de la adición del menor del Mercado de seguros de salud dentro de los 60 días del nacimiento o colocación; y (B) cualquier prima adicional requerida para la adición del menor dentro de los 90 días de la fecha de *colocación*.

Tal como se usa en esta provisión, “*colocación*” significa la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha que *usted* o *su cónyuge* asume la tutela física del menor para el propósito de adopción; o

2. La fecha de ingreso de una orden otorgando a *usted* o a *su cónyuge* la tutela del menor para el propósito de adopción, y todo menor para quien usted sea una parte en un proceso en el cual la adopción del menor se solicita.

Adición de otros afiliados dependientes

Si *usted* está inscrito en una póliza comprada directamente a la compañía aseguradora, y solicita por escrito añadir a un *afiliado dependiente* y *usted* paga las primas requeridas, *nosotros* le enviaremos a *usted* la confirmación por escrito de *la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del afiliado dependiente* y las tarjetas de identificación para el *afiliado dependiente*.

ELEGIBILIDAD CONTINUA

Para todos los afiliados

La elegibilidad de un *afiliado* para cobertura bajo este *contrato* terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. La fecha que un *afiliado* haya faltado al pago de primas o contribuciones de acuerdo con los términos de este *contrato* o a la fecha que no hayamos recibido oportunamente los pagos de las primas de acuerdo con los términos de este *contrato*;
2. La fecha que el *afiliado* haya realizado un acto o práctica que constituya fraude o hecho una tergiversación intencional de un hecho material;
3. La fecha de terminación que el Mercado de seguros *nos* proporciona tras *su* solicitud de cancelación para el Mercado de seguros, o si *usted* se afilió directamente con nosotros, la fecha que *nosotros* recibamos *su* solicitud para terminar este contrato, o cualquier fecha posterior establecida en *su* solicitud;
4. La fecha que *nosotros* declinamos renovar esta póliza, tal como se establece en la provisión de discontinuación; o
5. La fecha de fallecimiento de un *afiliado*.

Para los afiliados dependientes

Un *afiliado dependiente* dejará de ser un *afiliado* al final del período de primas en el cual él/ella deja de ser *su afiliado dependiente*. Para los *menores elegibles*, la cobertura terminará el treinta y uno de diciembre del año que el dependiente cumpla 26 años de edad.

Un *afiliado* no dejará de ser un *menor elegible dependiente* únicamente debido a la edad si el *menor elegible* es:

1. Incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a retardo mental o discapacidad física; y
2. Depende principalmente de *usted* para apoyo y mantenimiento.

Si tiene modificaciones materiales (ejemplos incluyen cambio en un evento de vida tal como un matrimonio, fallecimiento, u otro cambio en el estado de la familia), o preguntas relacionadas con *su* cobertura del seguro de salud, comuníquese con el Mercado de seguros de salud en www.healthcare.gov o 1-800-318-2596. Si está *afiliado* a través de Ambetter, comuníquese al 877-687-1196 (Retransmisión Texas/TTY 1-800-735-2989).

Cobertura previa

Si un *afiliado* está confinado como *paciente internado en un hospital* en la *fecha de vigencia* de este acuerdo, y la cobertura previa que termina inmediatamente antes de la *fecha de vigencia* de este acuerdo suministra beneficios para la hospitalización después de la terminación de la cobertura previa, en ese caso los servicios y beneficios no estarán cubiertos conforme a este acuerdo para ese *beneficiario* hasta que el *afiliado* es dado de alta del *hospital* o los beneficios conforme a la cobertura anterior se agoten, lo que suceda primero.

Afiliación abierta

Habrà un período de afiliación abierta para cobertura en el Mercado de seguros de salud. El período de afiliación abierta comienza el 1 de noviembre de 2018 y se extiende hasta el 15 de diciembre de 2018. *Los*

individuos calificados que se inscriben el o antes del 15 de diciembre de 2018, tendrán una *fecha de entrada en vigencia* de la cobertura a partir del 1 de enero de 2019.

El Mercado de seguros de salud puede proporcionar una *fecha de vigencia* de cobertura para un *individuo calificado* antes de lo especificado en los párrafos de arriba, siempre que:

1. El *individuo calificado* no haya sido determinado elegible para *crédito fiscal para las primas por adelantado y reducciones de costo compartido*; o
2. El *individuo calificado* paga la *prima completa* por el primer mes parcial de cobertura así como todos los *costos compartidos*, renunciando de esa manera al beneficio de pagos de *crédito fiscal para las primas por adelantado y reducciones de costo compartido* hasta el primero del siguiente mes. *Nosotros* enviaremos por escrito la notificación de afiliación abierta anual a *cada afiliado* no antes del primero de septiembre y no después del 30 de septiembre.

Afiliación especial

Un *individuo calificado* tiene 60 días para informar un evento que califica para el Mercado de seguros de salud y podría ser otorgado un período de inscripción especial de 60 días como resultado de uno de los eventos siguientes:

1. Un *individuo calificado* o dependiente *pierde la cobertura esencial mínima*, cobertura de seguro de salud grupal o individual de año no calendario, cobertura relacionada con el embarazo, acceso a servicios de atención médica a través de cobertura proporcionada para un bebé en gestación de una *afiliada* embarazada, o cobertura necesaria desde el punto de vista médico;
2. Un *individuo calificado* gana un dependiente o se vuelve un *dependiente* a través de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en hogar sustituto, o una orden de manutención infantil u otra orden judicial;
 - a. En el caso del matrimonio, al menos uno de los *cónyuges* debe demostrar que tiene cobertura esencial mínima como se describe en 26 CFR § 1.5000A-1(b) para 1 o más días durante los 60 días precedentes a la fecha del matrimonio.
3. Un individuo, quien previamente no era un ciudadano, nacional, o individuo legítimamente presente, que obtiene dicho estatus;
4. Un individuo que ya no está encarcelado o cuya encarcelación esté pendiente de la disposición de acusaciones;
5. La afiliación o no afiliación de un *individuo calificado* en un *plan de salud calificado* es involuntario, inadvertido, o erróneo y es el resultado del error, tergiversación, o inactividad de un funcionario, empleado, o agente del Mercado de seguros de salud o HHS, o sus agencias como evaluado y determinado por el Mercado de seguros de salud. En dichos casos el Mercado de seguros de salud podría tomar dicha acción porque podría ser necesario corregir o eliminar los efectos de dicho error, tergiversación, o inactividad;
6. Un *afiliado* demuestra adecuadamente ante el Mercado de seguros de salud que *el plan de salud calificado* en el cual él o ella está afiliado(a) sustancialmente violó una provisión material de su *contrato* en relación con la decisión del *afiliado* para comprar el *plan de salud calificado* basado en los beneficios del plan, *área de servicio* o prima;
7. Se determina que un individuo es nuevamente elegible o no elegible para *crédito fiscal para las primas por adelantado* o tiene probabilidad de elegibilidad para *reducciones de costo compartido*, independientemente de si dicho individuo ya está afiliado en un *plan de salud calificado*;
8. Un *individuo* o *afiliado calificado* obtiene acceso a nuevos *planes de salud calificados* como resultado de una mudanza permanente;

9. Los eventos que califican como se definen bajo la sección 603 de la Ley de seguridad de ingresos para los empleados jubilados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974, según la enmienda;
 - a. Los eventos que califican para los empleados son:
 - i. Terminación de empleo voluntaria o involuntaria por otras razones diferentes a faltas graves; o
 - ii. Reducción en el número de horas de empleo.
 - b. Los eventos que califican para *cónyuges* son:
 - i. Terminación voluntaria o involuntaria del empleo del empleado cubierto por cualquier otra razón diferente a faltas graves;
 - ii. Reducción en las horas trabajadas por el empleado cubierto;
 - iii. El empleado cubierto comienza a tener derecho a Medicare;
 - iv. Divorcio o separación legal del empleado cubierto; o
 - v. Fallecimiento del empleado cubierto.
 - c. Los eventos que califican para los hijos dependientes son los mismos como para el *cónyuge* con una adición:
 - i. Pérdida del estado de menor dependiente bajo las normas del plan.
10. Un indio, como se define en la sección 4 de la Ley de mejoramiento de la atención médica india (Indian Health Care Improvement Act), podría afiliarse en un *plan de salud calificado* o cambiar de un *plan de salud calificado* a otro una vez por mes;
11. Un *individuo o afiliado calificado* demuestra ante el Mercado de seguros de salud, de acuerdo con las guías emitidas por HHS, que el individuo cumple con otras circunstancias excepcionales que el Mercado de seguros de salud podría proporcionar;
12. Un *individuo calificado* o dependiente es víctima de abuso doméstico, o abandono del cónyuge, y desea afiliarse en cobertura separada del perpetrador del abuso o del abandono;
13. Se determina que un *individuo calificado* o dependiente es potencialmente elegible para Medicaid o para el Programa de seguro de salud infantil (CHIP, siglas en inglés), pero posteriormente se determina que no es elegible después de que el período de inscripción abierta haya terminado, o más de 60 días después del evento de calificación; o
14. A opción del Mercado de seguros de salud, un *individuo calificado* proporciona pruebas documentales satisfactorias para verificar su elegibilidad para un programa de asequibilidad de seguro o afiliación en un *plan de salud calificado* a través del Mercado de seguros de salud después de la terminación de la afiliación del Mercado de seguros debido a la falla para verificar dicho estado dentro del período de tiempo especificado en 45 CFR § 155.315, o se encuentra por debajo del 100 por ciento del nivel federal de pobreza, y no se afilió en la cobertura mientras esperaba que HHS verificara su ciudadanía, estado como un nacional, o presencia legal.

El Mercado de seguros de salud podría proporcionar una *fecha de vigencia* de cobertura para un *individuo calificado* antes que lo especificado en los párrafos anteriores, siempre y cuando:

1. El *individuo calificado* no haya sido determinado elegible para *crédito fiscal para las primas por adelantado* o para *reducciones de costo compartido*; o
2. El *individuo calificado* paga la prima completa por el primer mes parcial de cobertura así como todos los *costos compartidos*, renunciando de esa manera al beneficio de *crédito fiscal para las primas por adelantado y reducciones de costo compartido*, hasta el primero del siguiente mes.

PRIMAS

Pago de primas

Cada prima se paga antes o el propio día de la fecha límite. La prima inicial debe pagarse antes de la fecha de *entrada en vigencia* de la cobertura, aunque podría proporcionarse una extensión durante el período de inscripción abierta.

Período de gracia

Cuando un *afiliado* está recibiendo subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 90 días por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia la póliza continúa en vigencia.

Si durante el período de gracia no se recibe el pago completo de la prima, la cobertura se dará por terminada el último día del primer mes durante el período de gracia, si se reciben *créditos fiscales a la prima anticipada*.

Nosotros continuaremos pagando todas las reclamaciones apropiadas por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el primero y segundo mes del período de gracia, y podrían seguir pendientes las reclamaciones por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* en el tercer mes del período de gracia. *Nosotros* notificaremos al HHS de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el afiliado está en el tercer mes del período de gracia. *Nosotros* continuaremos recopilando los *créditos fiscales para las primas por adelantado* del Departamento del Tesoro en nombre del *afiliado* y devolveremos los *créditos fiscales para las primas por adelantado* en nombre del *afiliado* por el segundo y tercer mes del período de gracia si el *afiliado* agota su período de gracia como se describe arriba. Un *afiliado* no es elegible para volverse a afiliar una vez ésta se haya vencido, a menos que el *afiliado* tenga una circunstancia especial de afiliación tal como matrimonio o nacimiento en la familia o durante los períodos anuales de afiliación abierta.

Cuando un *afiliado* no está recibiendo un subsidio de primas:

Período de gracia: Se otorgará un período de gracia de 30 días por el pago de cada prima por pagar después de la primera prima. Durante el período de gracia la póliza continúa en vigencia.

Los pagos de las primas se hacen por adelantado, en base mensual. Los pagos mensuales deberán realizarse antes o el primer día de cada mes para cobertura efectiva durante ese mes. Esta provisión significa que si cualquier prima requerida no es pagada antes o el día que se vence, puede ser pagada durante el período de gracia. Durante el período de gracia, el *contrato* permanecerá en vigencia; sin embargo las reclamaciones podrían seguir pendientes por *servicios cubiertos* prestados al *afiliado* durante el período de gracia. *Nosotros* notificaremos al HHS, según sea necesario, de la falta de pago de las primas, al *afiliado*, así como a los *proveedores* de la posibilidad de reclamaciones negadas cuando el *afiliado* está en el período de gracia.

Pago de primas por terceros

Ambetter requiere que cada *afiliado* pague sus primas y esto se comunica en *sus* declaraciones de facturación mensualmente. Las normas de pago de Ambetter se desarrollaron basados en la guía de recomendaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, siglas en inglés) contra la aceptación de primas de *terceras partes*. Conforme a la guía de CMS, las siguientes son las ÚNICAS terceras partes aceptables que pueden pagar primas a Ambetter en *su* nombre:

1. El Programa de VIH/SIDA Ryan White bajo el título XXVI de la Ley de Servicio de Salud Pública;
2. Organizaciones tribales y de tribus indias, u organizaciones indígenas urbanas;
3. Programas gubernamentales federales y estatales;
4. Miembros de la familia; o
5. Fundaciones privadas, sin fines de lucro las cuales no tienen incentivo de ganancia financiera, sin relaciones financieras, o afiliación con *proveedores de servicios y suministros cubiertos* en nombre de *afiliados*, donde la elegibilidad se determina basándose en criterios definidos sin tener en cuenta el estado de salud, y donde los pagos se realizan por anticipado por un período de cobertura desde la *fecha de vigencia* de la elegibilidad hasta el resto del año de calendario.

Al descubrir que las primas fueron pagadas por una persona o entidad diferente a las listadas anteriormente, *nosotros* rechazaremos el pago e informaremos al *afiliado* que el pago no fue aceptado y que los cargos de la suscripción permanecen pendientes.

Error en la edad

Si la edad de un *afiliado* ha sido tergiversada, la prima del *afiliado* puede ajustarse a lo que ésta debería haber sido basándose en la edad actual del *afiliado*.

Cambio o error en la residencia

Si usted cambia su *residencia*, *usted* debe notificar al Mercado de Seguros de Salud de su nueva residencia dentro de los 60 días del cambio. Como resultado su prima puede cambiar y *usted* puede ser elegible para un período especial de afiliación. Para obtener más información consulte la sección Períodos especiales de afiliación.

Error en la información del uso de tabaco

La respuesta a la pregunta acerca del tabaco que se encuentra en la solicitud es material para suscribir *nuestra* póliza correctamente. Si el *uso de tabaco de un afiliado* ha sido tergiversado en la solicitud para cobertura del *afiliado* bajo este *contrato*, tenemos el derecho de reevaluar el contrato a la *fecha de vigencia* original.

Gastos administrativos/ de facturación

Con previo aviso por escrito, *nosotros* podemos imponer un cargo administrativo por pagos con tarjeta de crédito. Esto no *nos* obliga a aceptar pagos con tarjeta de crédito. *Nosotros* cobraremos \$20 por todo cheque o deducción de pago automático que sea devuelto sin pagar.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COSTOS COMPARTIDOS

Características de los costos compartidos

Nosotros pagaremos los beneficios por los *servicios cubiertos* como se describe en las secciones Programa de beneficios y Servicios cubiertos de este contrato. Todos los beneficios que pagamos estarán sujetos a todas las condiciones, limitaciones y características de costos compartidos de este contrato. Costo compartido significa que *usted* participa o comparte el costo de *sus* servicios de atención médica pagando las cantidades *deducibles*, *copagos* y *coaseguro* por algunos *servicios cubiertos*. Por ejemplo, es posible que *usted* necesite pagar una cantidad de *copago* o *coaseguro* cuando visite a su médico o sea admitido en el hospital. El *copago* o *coaseguro* requerido por cada tipo de servicio así como su *deducible* se lista en la sección de su *Programa de Beneficios*.

Copagos

Es posible que se requiera que los *afiliados* paguen *copagos* al momento de recibir los servicios como se muestra en la sección *Programa de Beneficios*. El pago de un *copago* no excluye la posibilidad de una *factura adicional si se determina que el servicio es un servicio no cubierto*. Los *copagos* no aplican hacia la *cantidad deducible*, pero aplican hacia el cumplimiento de la *cantidad máxima que paga de su propio bolsillo*.

Deducibles

Los beneficios del plan estarán disponibles después del pago de todos los *deducibles* aplicables según se muestran en su *Programa de Beneficios*. Los *deducibles* se explican como sigue:

Deducible del año de calendario: La cantidad deducible individual que se muestra bajo “*Deducibles*” en su *Programa de Beneficios* deberá ser pagada por cada *afiliado* bajo su cobertura cada año de calendario.

Este *deducible*, a menos que se indique lo contrario, se aplicará a todas las categorías de *gastos por servicios elegibles* antes de que los beneficios estén disponibles bajo el plan.

Las siguientes son excepciones de los *deducibles* descritos arriba:

1. Si usted tiene varios dependientes cubiertos, todos los cargos utilizados para aplicarse hacia la cantidad *deducible* “individual” serán aplicados hacia la cantidad *deducible* “familiar” mostrada en su *Plan de Beneficios*.
2. Cuando se alcanza esa cantidad *deducible* familiar, no tendrán que pagarse *deducibles* individuales adicionales por el resto del año de calendario. Ningún *afiliado* contribuirá más de la cantidad *deducible* individual a la cantidad *deducible* “familiar”.

La *cantidad del deducible* no incluye ninguna *cantidad de copago*.

Cantidad de compensación por pérdida (Stop-Loss) del coaseguro

La mayoría de las obligaciones de pago por sus *gastos por servicios elegibles*, inclusive las cantidades de copago, se consideran cantidades de *coaseguro* y son aplicables a la cantidad máxima Stop-Loss del *coaseguro*.

Su cantidad Stop-Loss del *coaseguro* **no** incluirá:

1. Servicios, suministros, o cargos limitados o excluidos por el plan;
2. Gastos no cubiertos porque se ha alcanzado el máximo del beneficio;
3. Cualquier *gasto por servicios elegibles* pagado por el plan principal cuando Ambetter from Superior

HealthPlan es el plan secundario para fines de coordinación de beneficios;

4. Cualquier *deducible*;
5. Sanciones aplicadas por incumplimiento para recibir *autorización*;
6. Cualquier *cantidad de copago* pagada bajo el beneficio de farmacia; o
7. Cualquier gasto médico-quirúrgico que quede por pagar en exceso de los beneficios proporcionados para medicamentos cubiertos.

Cantidad Stop–Loss del coaseguro individual

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para un *afiliado* en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop–Loss del *coaseguro*” “individual” mostrada en su *Programa de Beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100% para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por o para ese *afiliado* por el resto del año de calendario para ese nivel.

Cantidad Stop–Loss del coaseguro familiar

Cuando la cantidad de *coaseguro* para el nivel de beneficios dentro o fuera de la red para todos los *afiliados* bajo su cobertura en un año de calendario es igual a la “cantidad Stop–Loss del *coaseguro*” “familiar” mostrada en su *Programa de Beneficios* para ese nivel, los porcentajes del beneficio automáticamente aumentan a 100% para determinar los beneficios disponibles para los *gastos de servicios elegibles* adicionales incurridos por todos los *afiliados* de la familia por el resto del año de calendario para ese nivel. No se requerirá que ningún *afiliado* contribuya más que la cantidad de *coaseguro* individual a la cantidad Stop–Loss del *coaseguro* familiar.

Porcentaje de coaseguro

Nosotros pagaremos el *coaseguro* aplicable en exceso de la(s) cantidad(es) de *deducible* aplicable(s) y la(s) *cantidad(es) de copago* por un servicio o suministro que:

1. Califica como un *gasto de servicio cubierto* bajo una o más de las provisiones del beneficio; y
2. Se recibe mientras el seguro del *afiliado* está en vigencia bajo el *contrato* si el cargo por el servicio o suministro califica como un *gasto por servicios elegibles*.

Cuando se alcanza el pago de su bolsillo máximo anual, los *gastos por servicios cubiertos* adicionales serán proporcionados o pagaderos al 100% de los gastos autorizables.

La cantidad proporcionada o pagadera estará sujeta a:

1. Cualquier límite de beneficio específico estipulado en el *contrato*;
2. Una determinación de los *gastos por servicios elegibles*.

La(s) cantidad(es) deducibles, el coaseguro y las cantidades de copago aplicables se muestran en el Programa de Beneficios.

Nota: La factura que *usted* recibe por servicios o suministros de un *proveedor fuera de la red* puede ser significativamente más alta que los *gastos por servicios elegibles* para esos servicios o suministros. Además de la *cantidad de deducible, cantidad de copago y coaseguro*, *usted* es responsable por la diferencia entre el *gasto por servicios elegibles* y la cantidad que el proveedor le factura a *usted* por los servicios o suministros. Cualquier cantidad que *usted* está obligado a pagar al proveedor en exceso del *gasto por servicios elegibles* no aplicará a su *cantidad de deducible* o al máximo que tiene que pagar de su bolsillo.

Cambiar el deducible

Usted puede aumentar el *deducible* a una cantidad actualmente disponible solamente si se afilia a través de un período especial de afiliación. Una solicitud para un aumento en el *deducible* entre el primero y el quince del mes se volverá efectiva el primer día del siguiente mes. Las solicitudes entre el dieciséis y el último día del mes se volverán efectivas el primer día del segundo mes siguiente. *Su* prima será entonces ajustada para reflejar este cambio.

Cobertura bajo otras provisiones de la póliza

Cargos por servicios y suministros que califican como *gastos por servicios cubiertos* bajo una provisión del beneficio no calificarán como *gastos por servicios cubiertos* bajo cualquier otra provisión de beneficio de este contrato.

ADMINISTRACIÓN DE SU ATENCIÓN MÉDICA

Continuación de la atención

En el caso que un afiliado esté bajo el cuidado de un proveedor de la red al momento que el proveedor deje de participar en la red y al momento de la terminación del proveedor en la red, el afiliado tiene *circunstancias especiales* tales como (1) una discapacidad, (2) sometido a tratamiento activo para una enfermedad aguda o crónica, (3) enfermedad potencialmente mortal, o (4) segundo (2^{do}) o tercer (3^{er}) trimestre de embarazo y está recibiendo tratamiento de acuerdo con los dictados de la prudencia médica, Ambetter continuará proporcionando la cobertura para esos servicios del proveedor al nivel de beneficio dentro de la red.

Circunstancias especiales significa una afección tal que el médico tratante o proveedor de atención razonablemente considera que la suspensión de atención médica por el médico o proveedor tratante podría causar daño al *afiliado* quien es el paciente. Ejemplos de un *afiliado* que tiene una circunstancia especial incluye un *afiliado* con discapacidad, enfermedad aguda, *enfermedad* potencialmente mortal, o quien haya pasado la semana 24 del *embarazo*.

Las *circunstancias especiales* serán identificadas por el médico tratante o proveedor de atención, quien debe solicitar que al *afiliado* se le autorice continuar el tratamiento bajo el cuidado del médico o proveedor de atención y acepte no buscar pago del afiliado de ninguna cantidad por la cual el afiliado no sería responsable si el médico o proveedor aún fuera un proveedor de la red.

La continuación de cobertura bajo esta subsección no se extenderá por más de noventa (90) días, o más de nueve (9) meses si el afiliado ha sido diagnosticado con *enfermedad* terminal, más allá de la fecha en que la terminación del proveedor de la red entra en vigencia. Si una *afiliada* ha pasado la semana 24 del *embarazo* al momento que la terminación del *proveedor* entra en vigencia, la continuación de la cobertura puede extenderse hasta el parto del bebé, atención médica del posparto inmediato, y chequeo de seguimiento dentro de las primeras seis (6) semanas después del parto.

Proveedor de atención primaria

A todos los *afiliados* se les alienta a que seleccionen a un *proveedor de atención primaria*. Usted puede seleccionar a cualquier *proveedor de atención primaria de la red* que esté aceptando nuevos pacientes, o usted puede seleccionar a un *proveedor de la red* del cual *usted* es paciente actualmente. Si no selecciona a un *proveedor de atención primaria de la red* para cada *afiliado*, se le asignará uno. Usted puede obtener una lista de *proveedores de atención primaria de la red* en nuestro sitio web o comunicándose con nuestro Departamento de servicio al cliente.

Su *proveedor de atención primaria de la red* le ayudará a coordinar todos los servicios de atención médica cubiertos con otros *proveedores de la red*, si es necesario. Si los servicios de atención médica cubiertos *necesarios desde el punto de vista médico* no están disponibles a través de los *proveedores de la red*, a solicitud de un *proveedor de atención primaria de la red*, dentro del tiempo apropiado para las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios de atención médica y su afección, pero en ningún caso exceder de cinco (5) días laborables a partir de la recepción de la documentación razonablemente solicitada, podremos autorizar una referencia para un *proveedor fuera de la red* y reembolsar totalmente al *proveedor fuera de la red* al honorario usual y acostumbrado o al honorario acordado.

Autorización previa

Algunos *servicios cubiertos* requieren *autorización previa*. En general, los *proveedores de la red* deben obtener *nuestra autorización* antes de proporcionar un servicio o suministro para un *afiliado*. Sin embargo, existen algunos *servicios cubiertos* para los cuales *usted* debe obtener la *autorización previa*.

Para servicios o suministros que requieren autorización previa, como se muestra en la sección *Programa de beneficios*, *usted* debe obtener *nuestra autorización* antes de que *usted* o su *afiliado dependiente*:

1. Reciba un servicio o suministro de un *proveedor fuera de la red*;
2. Sea admitido en una *instalación de la red* por un *proveedor fuera de la red*; o
3. Reciba un servicio o suministro de un *proveedor de la red* para el cual *usted* o su *afiliado dependiente* sea referido por un *proveedor fuera de la red*.

Nosotros sugerimos que las solicitudes de autorización previa se nos hagan llegar por teléfono/efax/portal de proveedores como sigue:

1. Al menos 5 días previos a una admisión electiva como *paciente internado* en un *hospital, instalación de cuidado prolongado o de rehabilitación, o instalación de hospicio*.
2. Al menos 30 días previos a la evaluación inicial para servicios de trasplante de órganos.
3. Al menos 30 días previos para recibir servicios de ensayos clínicos.
4. Dentro de 24 horas de una admisión como *paciente internado*, inclusive admisiones como *paciente internado* emergente.
5. Al menos 5 días previos al inicio programado de los *servicios de atención médica en el hogar*, excepto aquellos *afiliados* que necesitan *servicios de atención médica en el hogar* después del alta del *hospital*.

Una vez la autorización previa haya sido solicitada y todos los requisitos o documentación correspondiente hayan sido presentados, le notificaremos a *usted* y a su *proveedor* si la solicitud ha sido aprobada tal como sigue:

1. Para servicios que requieran *autorización previa*, dentro de 3 días laborables de la recepción.
2. Para revisión concurrente dentro de 24 horas a la recepción de la solicitud.
3. Para tratamiento después de la estabilización o enfermedad potencialmente mortal, dentro del marco de tiempo apropiado a las circunstancias y condición del *afiliado*, pero sin exceder una hora de la recepción de la solicitud.
4. Para solicitudes posteriores al servicio, con 30 días de calendario de la recepción de la solicitud.

Cómo obtener la autorización previa

Para obtener *autorización previa* o para confirmar que un *proveedor de la red* ha obtenido autorización previa, comuníquese con *nosotros* por teléfono al número telefónico listado en su tarjeta de identificación del seguro antes de que el servicio o suministro se proporcione al *afiliado*.

Falta en obtener Autorización previa

El incumplimiento con los requisitos de *autorización previa* resultará en la reducción de los beneficios o en falta de cobertura.

Los *Proveedores de la red* no pueden facturarle a *usted* por servicios para los cuales ellos no obtuvieron la *autorización previa* tal como se requiere.

En casos de emergencia, los beneficios no se reducirán por incumplimiento con los requisitos de la *autorización previa*. Sin embargo, *usted* debe comunicarse con *nosotros* tan pronto como sea razonablemente posible después de que ocurra la emergencia.

La autorización previa no garantiza beneficios

Nuestra autorización no garantiza el pago de beneficios o la cantidad de beneficios y es sólo una declaración que los servicios propuestos son *necesarios y apropiados desde el punto de vista médico*. Si un *proveedor* tergiversa materialmente los servicios médicos o de atención médica propuestos, o ha fallado sustancialmente para realizar los servicios médicos o de atención médica propuestos, *nosotros* podemos negar o reducir el pago para el *proveedor*. La elegibilidad para y el pago de beneficios están sujetos a todos los términos y condiciones del *contrato*.

Proveedores basados en el hospital

Cuando recibe atención médica en un hospital de la red o en otra instalación, es posible que algunos proveedores basados en el hospital (por ejemplo, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos) no estén bajo contrato con Ambetter como proveedores de la red. Estos proveedores podrían facturar a usted por la diferencia entre el *gasto por servicio elegible* de Ambetter y el cobro facturado por los proveedores, esto se conoce como “facturación del saldo”. Le recomendamos que pregunte sobre los proveedores que lo tratarán antes de que comience su tratamiento, para que pueda entender el estado de él/ella/ellos en la *red* de Ambetter.

Aunque los servicios de atención médica podrían ser o han sido proporcionados a usted en una instalación de atención médica que participa de la red de proveedores usada por Ambetter, otros servicios profesionales podrían ser o han sido proporcionados a usted en o a través de la instalación por médicos y otros profesionales practicantes de atención médica quienes no participan de la red. Es posible que usted sea el responsable por el pago de todo o parte de los honorarios por esos servicios profesionales que no son pagados o no están cubiertos por Ambetter.

Si recibe una factura por *servicios de atención médica de emergencia* prestados por una *instalación fuera de la red* o por un *proveedor fuera de la red*, *usted* debe presentar esa factura y toda la documentación relacionada ante el Departamento de Seguros de Texas para iniciar una solicitud de *mediación del balance de la factura*. Puede obtenerse una copia del formulario de solicitud llamando al 1-800-252-3439.

SERVICIOS Y SUMINISTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CUBIERTOS

El plan proporciona cobertura de los servicios de atención médica para *usted y sus dependientes cubiertos* cuando los reciben de *proveedores de la red*. Algunos servicios requieren *autorización previa*.

Las *cantidades de copagos* deben ser pagadas a su *proveedor de la red* al momento que *usted* reciba los servicios.

Los porcentajes de beneficios de sus servicios de atención médica elegible total mostrados en el *Plan de beneficios* en exceso de sus *cantidades de copagos*, *cantidades de coaseguros*, y cualquier *deducible* aplicable mostrados son las obligaciones del plan. El resto de gastos médicos / quirúrgicos no pagados en exceso de las *cantidades de copagos*, *cantidades de coaseguros*, y cualquier *deducible* aplicable es su obligación pagar.

Para calcular sus beneficios, reste toda *cantidad de copago* y *deducible* aplicable de su total de gastos médicos / quirúrgicos elegibles, y luego multiplique la diferencia por el porcentaje de beneficio mostrado en su *Programa de beneficios*. La mayoría del resto de servicios de atención médica no pagados en exceso de las *cantidades de copagos* y *deducible* es su *cantidad de coaseguro*.

Todos los *servicios cubiertos* están sujetos a condiciones, exclusiones, limitaciones, términos y provisión de este contrato. Los *servicios cubiertos* deben ser *necesarios desde el punto de vista médico*, y no *experimentales* o en fase de investigación.

Limitaciones de los beneficios

Limitaciones pueden aplicar para algunos *servicios cubiertos* que caen bajo más de una categoría de *servicio cubierto*. Revise cuidadosamente todos los límites. Ambetter from Superior HealthPlan no pagará por ninguno de los servicios, tratamientos, artículos o suministros que excedan los límites de beneficio.

Servicios por lesión cerebral adquirida

Los beneficios por *gastos de servicios elegibles* incurridos para tratamiento *necesario desde el punto de vista médico para una lesión cerebral adquirida* serán determinados en la misma base que el tratamiento para cualquier otra enfermedad física. La *terapia de rehabilitación cognitiva*, la *terapia de comunicación cognitiva*, la *terapia neurocognitiva y rehabilitación*; las *pruebas y tratamiento del comportamiento neurológico, neurosicológico, neurofisiológico y psicofisiológico*; *tratamiento de neuroretroalimentación*, reparación requerida para o relacionada con el tratamiento de una *lesión cerebral adquirida*, servicios de transición post agudos y *servicios de reintegración a la comunidad*, inclusive los *servicios de tratamiento diurno para pacientes ambulatorios*, o cualquier otro servicio de tratamiento post agudo están cubiertos, si dichos servicios son necesarios como resultado de y relacionados con una *lesión cerebral adquirida*.

El tratamiento para una *lesión cerebral adquirida* puede ser proporcionado en un *hospital*, un *hospital de rehabilitación para pacientes agudos y postagudos*, una *instalación* de vida cotidiana asistida o cualquier otra *instalación* en la cual pueden proporcionarse *servicios o tratamientos* apropiados. *Servicio* significa el trabajo de pruebas, tratamiento, y proporcionar terapia para un individuo con una *lesión cerebral adquirida*. *Terapia* significa tratamiento reparador programado a través de la interacción directa con el individuo para mejorar un estado patológico resultante de una *lesión cerebral adquirida*.

Para garantizar que el tratamiento de cuidado postagudo apropiado se proporcione, este plan incluye cobertura por gastos razonables relacionados con la reevaluación periódica del cuidado de un individuo cubierto quien:

1. Ha sufrido una *lesión cerebral aguda*;

2. No ha respondido al tratamiento; y
3. Comienza a responder al tratamiento en una fecha más tardía.

Los objetivos del tratamiento por servicios podría incluir el mantenimiento de la función, o la prevención de, o el enlentecimiento del deterioro posterior.

Servicios de ambulancia

Los gastos por servicios cubiertos incluirán servicios de ambulancia para transporte local:

1. Hacia el *hospital* más cercano que pueda proporcionar servicios apropiados para la *enfermedad o lesión del afiliado*, en casos de emergencia.
2. Hacia la unidad de cuidado neonatal más cercana para bebés recién nacidos para tratamiento de *enfermedades, lesiones, defectos congénitos, o complicaciones de nacimiento prematuro* que requiere ese nivel de cuidado.
3. Transporte entre *hospitales* o entre un *hospital* y una *instalación* de enfermería especializada o de *rehabilitación* cuando sea *autorizada* por Ambetter from Superior HealthPlan.

Los beneficios para servicios de ambulancia aérea se limitan a:

1. Servicios solicitados por la policía o autoridades médicas en el lugar de una emergencia.
2. Aquellas situaciones en las cuales el *afiliado* se encuentra en una ubicación a la que no se puede llegar por ambulancia terrestre.

Exclusiones:

Ningún beneficio será pagado por:

1. Gastos incurridos por servicios de ambulancia cubiertos por un cuerpo municipal o gubernamental local, a menos que de lo contrario sea requerido por la ley.
2. Transporte en ambulancia aérea que no sea emergencia.
3. Ambulancia aérea:
 - a. Fuera de los 50 Estados Unidos y el Distrito de Columbia;
 - b. Desde un país o territorio fuera de los Estados Unidos hacia una ubicación dentro de los 50 Estados Unidos o el Distrito de Columbia; o
 - c. Desde una ubicación dentro de los 50 Estados Unidos y el Distrito de Columbia hacia un país o territorio fuera de los Estados Unidos.
4. Los servicios de ambulancia proporcionados para la comodidad o conveniencia de un *afiliado*.
5. El transporte que no es de emergencia excluye a las ambulancias.

Beneficios para el trastorno del espectro autista

Los servicios generalmente reconocidos indicados en relación con el trastorno del espectro autista por el médico o el profesional que presta servicios para la salud del comportamiento del *afiliado* en un plan de tratamiento recomendado por ese *médico* o el profesional que presta servicios para la salud del comportamiento.

Los individuos que proporcionan tratamiento recetado bajo este plan deben ser profesionales de atención médica:

1. Que estén autorizados, certificados, o registrados por una agencia apropiada del Estado de Texas;
2. cuyas credenciales profesionales estén reconocidas y aceptadas por una agencia apropiada de

los Estados Unidos; o

3. que estén certificados bajo el sistema de salud militar TRICARE (seguro de salud disponible para el personal militar).

Para propósitos de esta sección, los servicios generalmente reconocidos pueden incluir servicios tales como:

1. servicios de evaluación y valoración;
2. *análisis del comportamiento aplicados*;
3. control del comportamiento y capacidades del comportamiento;
4. terapia del habla;
5. terapia ocupacional;
6. fisioterapia; o
7. medicamentos o complementos nutritivos usados para tratar síntomas del trastorno del espectro autista.

Los *gastos por servicios elegibles*, que de lo contrario están cubiertos bajo este *contrato*, están disponibles. Todas las provisiones de este *contrato* se aplicarán, inclusive pero sin limitarse a, términos definidos, limitaciones y exclusiones, límites máximos de beneficios y *autorizaciones previas*.

Beneficios para la salud mental y el trastorno por abuso de sustancias

La cobertura descrita más abajo está prevista para cumplir con los requisitos conforme a la Ley de Equidad de las Adicciones y Paridad en la Salud Mental de Paul Wellstone-Pete Domenici (Paul Wellstone-Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act) de 2008 así como con la Ley de la Cámara # 10 (House Bill 10), decretada por la legislatura de Texas 85.

Los servicios de salud mental se proporcionarán ya sea para paciente internado o ambulatorio e incluyen trastornos de salud mental tratables. Estos trastornos afectan la capacidad del *afiliado* de hacerle frente a los requerimientos de la vida cotidiana. Si necesita tratamiento para la *salud mental y/o trastorno por el uso de sustancias*, usted puede seleccionar a cualquier *proveedor* participante en *nuestra red* para la salud del comportamiento. *Las cantidades de deducibles, copagos o de coaseguros* y los límites de tratamiento de los beneficios para la salud mental y trastornos por el uso de sustancias cubiertos se aplicarán en la misma manera que los beneficios para los servicios de salud física.

Los *servicios cubiertos* para la *salud mental* y el *trastorno por uso de sustancias* están incluidos en forma no discriminatoria para todos los *afiliados* para el diagnóstico y el tratamiento activo y necesario desde el punto de vista médico de trastornos mentales, emocionales o por el uso de sustancias como se define en la edición más reciente del Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, siglas en inglés) de la Asociación de Psiquiatría Americana o la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (ICD).

Cuando se realizan determinaciones de cobertura, nuestro personal de administración de la utilización usa niveles establecidos de pautas de atención y criterios de necesidad médica que están basados en los estándares de práctica actualmente aceptados y toman en consideración los requisitos legales y reguladores. Ellos utilizan los criterios Interqual de McKesson para las determinaciones de salud mental y los criterios de la Sociedad americana de medicina de adicción (American Society of Addiction Medicine, ASAM, siglas en inglés) para las determinaciones de abuso de sustancias. Los servicios siempre deberán proporcionarse en el ambiente clínicamente apropiado menos restrictivo. Cualquier determinación que los servicios solicitados *no son necesarios desde el punto de vista médico* se realizarán por un profesional de salud mental calificado y con licencia.

Los *servicios cubiertos para salud mental y/o trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios* son como sigue:

Paciente hospitalizado

1. Hospitalización para paciente psiquiátrico;
2. Tratamiento de desintoxicación para *paciente internado*;
3. Observación;
4. Estabilización de la crisis;
5. Rehabilitación para *paciente internado*;
6. *Instalación para tratamiento residencial* para la salud mental y el uso de sustancias; y
7. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés).

Paciente ambulatorio

1. Tratamiento individual y de grupo para la salud mental y el uso de sustancias;
2. Programa de hospitalización parcial (PHP, siglas en inglés);
3. Servicios de administración de medicamentos;
4. *Pruebas y evaluación psicológica y neuropsicológica*;
5. *Análisis de comportamiento aplicado* (ABA, siglas en inglés) para el tratamiento de autismo;
6. *Servicios de médicos de telesalud y telemedicina*;
7. Terapia electroconvulsiva (ECT, siglas en inglés);
8. Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, siglas en inglés);
9. Tratamiento diurno para la salud mental;
10. Programas de desintoxicación para pacientes ambulatorios;
11. Evaluación y valoración para la salud mental y uso de sustancias; y
12. Tratamiento asistido con medicamentos – combina terapia para el comportamiento y medicamentos para tratar los *trastornos por uso de sustancias*.

Los *servicios cubiertos* para la salud del comportamiento son sólo para el diagnóstico o tratamiento de las afecciones de salud mental, y para el tratamiento de uso de sustancias/dependencia química.

Los gastos para estos servicios están cubiertos, si *son necesarios desde el punto de vista médico* y pueden estar sujetos a una autorización previa. Para obtener más información respecto a los servicios que requieren autorización previa y límite de beneficios específicos, día o visitas, si hay alguno, consulte el *Programa de Beneficios*.

Servicios quiroprácticos

Los servicios quiroprácticos están cubiertos cuando un quiropráctico participante encuentra que los servicios son *necesarios desde el punto de vista médico* para tratar o diagnosticar trastornos neuromusculoesqueléticos en régimen ambulatorio. Consulte el *Programa de Beneficios* para los niveles de beneficio o límites adicionales. Los *gastos por servicios cubiertos* están sujetos a todos los otros términos y condiciones del *contrato*, inclusive los deducibles y las provisiones de porcentaje de coaseguro.

Servicios de diálisis

Los servicios de diálisis agudos y crónicos *necesarios desde el punto de vista médico* son beneficios

cubiertos a menos que otra cobertura sea primaria, tal como Medicare para diálisis. Hay dos tipos de tratamiento que se le proporcionan si *usted* cumple con los criterios para tratamiento. *Usted* puede recibir hemodiálisis en una *instalación* para diálisis de la red, o diálisis peritoneal en *su* casa de un *proveedor de la red* cuando califica para diálisis en casa.

Los gastos por servicios y suministros cubiertos incluyen:

1. Servicios proporcionados en una *instalación* de diálisis para pacientes ambulatorios, o cuando los servicios se proporcionan en la casa;
2. Procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre;
3. Servicios de diálisis proporcionados en un *hospital*;
4. Tratamiento de diálisis de una enfermedad renal aguda o crónica, que incluye el uso de apoyo de una máquina de riñón artificial.

Una vez que *usted* haya recibido capacitación apropiada en una *instalación* de diálisis de la red, *cubriremos* el equipo y los suministros médicos requeridos para la hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar. La cobertura se limita al artículo estándar de equipo o suministros que cumplan adecuadamente *sus* necesidades médicas. *Nosotros* determinaremos si el equipo está disponible para alquilarlo o comprarlo. A *nuestra* opción, *podemos autorizar* la compra del equipo en lugar de alquilarlo, si se estima que el precio del alquiler excede el precio de compra del equipo, pero sólo de un *proveedor* que *nosotros* autoricemos antes de la compra.

Atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental

Beneficios para atención de emergencia y tratamiento de lesión accidental

El plan proporciona cobertura para emergencias médicas siempre que ocurran. Ejemplos de emergencias médicas son sangrados inusuales o excesivos, huesos fracturados, dolor agudo abdominal o del pecho, pérdida de la conciencia, convulsiones, dificultad para respirar, sospecha de ataque cardíaco (infarto), dolor repentino persistente, lesiones o quemaduras múltiples o graves y envenenamiento.

Si es razonablemente posible, comuníquese con *su proveedor de la red* o profesional para la salud del comportamiento antes de acudir a la sala de emergencia/sala de tratamiento del *hospital*. Ellos pueden ayudarlo a determinar si *usted* necesita atención o tratamiento de emergencia de una *lesión* accidental y recomendar esa atención. Si no es razonablemente posible, acuda a la *instalación* de emergencia más cercana, ya sea que la *instalación* sea de la *red* o no.

Independientemente si requiere hospitalización o no, *usted* deberá avisar a *su proveedor de la red* o profesional para la salud del comportamiento dentro de un lapso de 48 horas, o tan pronto como sea razonablemente posible, de un tratamiento médico de emergencia para que él/ella pueda recomendar la continuación de cualquier servicio médico necesario.

Todo tratamiento recibido de un *proveedor fuera de la red* por una afección médica de emergencia antes de la estabilización, y los servicios incluidos originados en una *instalación* de emergencia después del tratamiento o estabilización de una afección médica de emergencia, serán tratados como *servicios cubiertos* recibidos de un *proveedor de la red*.

El tratamiento proporcionado por *proveedores fuera de la red* después de la estabilización de una afección médica de emergencia, y que no se origina en la *instalación* de emergencia, requiere *autorización previa*. Facilitaremos la transferencia hacia una *instalación de la red* para el cuidado necesario de un *paciente internado* después de la estabilización de una afección médica de emergencia tratada en una *instalación* fuera de la *red*. Infórmenos tan pronto como sea razonablemente posible sobre el tratamiento recibido por

una afección médica de emergencia. A menos que sea autorizado por *nosotros*, los servicios recibidos de un *proveedor fuera de la red* después de la estabilización de una afección médica de emergencia no son *servicios cubiertos*.

Beneficios para atención urgente

Los beneficios para *gastos de servicios elegibles* para atención urgente se determinarán como se muestra en su *Programa de Beneficios*. Una *cantidad de copago*, en la cantidad indicada en su *Programa de Beneficios* se requerirá para cada visita de atención urgente. Atención urgente significa la prestación de servicios médicos en una *instalación* dedicada a prestar atención programada o imprevista, sin cita previa, fuera de una sala de emergencias/sala de tratamientos de un hospital o consultorio de un *proveedor*. La atención médica necesaria es para un problema donde no pelagra la vida.

Beneficios de gastos para habilitación, rehabilitación y en instalación de cuidados prolongados

Los *gastos por servicios cubiertos* incluyen servicios proporcionados o gastos incurridos por servicios de *habilitación o rehabilitación o confinamiento* en una *instalación de cuidados prolongados*, sujetos a las siguientes limitaciones:

1. Los *gastos por servicios cubiertos* disponibles para un *afiliado* mientras esté confinado principalmente para recibir *habilitación o rehabilitación* se limitan a aquellos especificados en esta provisión.
2. Los *servicios de rehabilitación* o confinamiento en una *instalación de rehabilitación o de cuidados prolongados* deben comenzar dentro de los 14 días de una *estadía en el hospital* de al menos 3 días consecutivos y deben ser para tratamiento de o *rehabilitación* relacionada a la misma *enfermedad o lesión* que produjo la *estadía en el hospital*.
3. Los *gastos por servicios cubiertos* para servicios en una *instalación que es un proveedor de la red* están limitados a los cargos hechos por un *hospital, instalación de rehabilitación, o instalación de cuidados prolongados* por:
 - a. Servicios de habitación y alimentación y de enfermería.
 - b. Análisis de diagnóstico.
 - c. Los fármacos y medicamentos que sean recetados por un *proveedor*, surtidos por un farmacéutico titulado, y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.
4. Los *gastos por servicios cubiertos* para servicios en una *instalación que es un proveedor fuera de la red* están limitados a los cargos incurridos por los servicios profesionales de los *médicos autorizados para proporcionar rehabilitación*.
5. Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla para pacientes ambulatorios.

Consulte el *Programa de beneficios* para conocer los niveles de beneficios o las limitaciones adicionales.

El cuidado deja de ser *rehabilitación* una vez nuestra determinación de cualquiera de lo siguiente:

1. El *afiliado* haya alcanzado el *beneficio terapéutico máximo*.
2. El tratamiento posterior no puede recuperar la función corporal más allá del nivel que el *afiliado* ya tiene.
3. No hay progreso mensurable hacia los objetivos documentados.
4. El cuidado es principalmente *cuidado supervisado*.

Beneficios de gastos por servicios de atención médica en el hogar

Los *gastos por servicios cubiertos* y suministros para *atención médica en el hogar* se limitan a los siguientes cargos:

1. *Servicios de un ayudante de cuidado médico en el hogar.*
2. Honorarios profesionales de un terapeuta respiratorio, físico, ocupacional, o del habla autorizado requerido para *atención médica en el hogar.*
3. *Terapia de infusión en casa.*
4. Hemodiálisis, y por el procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre.
5. *Suministros médicos necesarios.*
6. Alquiler de *equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico.*
7. Estudios del sueño.

Los cargos bajo el punto (4) son *gastos por servicios cubiertos* en la medida que podrían haber sido *gastos por servicios cubiertos* durante una *estadía hospitalaria del paciente.*

A nuestro criterio, nosotros podemos autorizar la compra del equipo en lugar de su renta, si el precio de la renta está proyectado que excederá el precio de compra del equipo, pero únicamente de un *proveedor* que nosotros autorizamos antes de la compra.

Consulte el *Programa de beneficios* para los costos compartidos, y toda limitación asociada con este beneficio.

Exclusión:

Ningún beneficio será pagadero por cargos relacionados a *atención de relevo, cuidado supervisado, o cuidado educativo.*

Beneficios de cuidado de hospicio

Los beneficios de cuidado de *hospicio* son permitidos para un *afiliado* enfermo *en fase terminal* que recibe *cuidado necesario desde el punto de vista médico* bajo el programa de cuidado de *hospicio*. Los *servicios y suministros cubiertos* incluyen:

1. Habitación y alimentación en un *hospicio* mientras el *afiliado* sea un *paciente internado.*
2. Terapia ocupacional.
3. Terapia del habla y lenguaje.
4. Terapia respiratoria.
5. El alquiler de equipo médico mientras el *afiliado con enfermedad terminal* esté en un *programa de cuidado de hospicio* en la medida que estos artículos podrían haber estado cubiertos bajo el *contrato* si el *afiliado* hubiera estado confinado en un *hospital.*
6. Cuidado médico paliativo, y de apoyo, y los procedimientos necesarios para el control del dolor y el tratamiento de síntomas agudos y crónicos.
7. Asesoramiento para el *afiliado* respecto a su *enfermedad terminal.*
8. *Asesoramiento de la enfermedad terminal* para la *familia inmediata del afiliado.*
9. *Consejería por luto.*

Exclusiones y limitaciones:

Los beneficios de cuidado de *hospicio* no incluyen lo siguiente:

1. Servicios recibidos de un *proveedor* que esté emparentado con un *afiliado* o *afiliados dependientes* por sangre, matrimonio o adopción, o quien es normalmente un miembro de la familia del *afiliado* o *afiliado dependiente*;
2. Servicios o procedimientos para curar o prolongar la vida;
3. Servicios para el cual cualquier otro beneficio sea pagadero bajo este *contrato*;
4. Servicios o suministros que se usan principalmente para ayudar al *afiliado* o al *afiliado dependiente* en la vida diaria;
5. Servicios por *cuidado supervisado*; y
6. Suplementos nutricionales, medicamentos o sustancias *de venta libre*, suministros médicos, vitaminas o minerales.

Beneficios de gastos por atención de relevo

La atención de relevo está cubierta en base a paciente internado o a paciente ambulatorio para permitir el alivio temporal para los miembros de la familia de sus obligaciones de cuidado para un *afiliado* bajo cuidado de *hospicio*. Los días de atención de relevo que son aplicados hacia el *deducible* son considerados beneficios proporcionados y aplicarán contra el límite de beneficio máximo por esos servicios.

Beneficios de hospital

Los gastos por servicios cubiertos y suministros se limitan a los cargos hechos por un hospital por:

1. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería, que no exceden el precio de habitación semiprivada más común del *hospital*.
2. Alojamiento, alimentación diaria y servicios de enfermería mientras se encuentre confinado en una *unidad de cuidado intensivo*.
3. *Uso del paciente internado* de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación.
4. *Uso del paciente ambulatorio* de una sala de operaciones, tratamiento, o recuperación para cirugía.
5. Servicios y suministros inclusive drogas y medicamentos que rutinariamente se proporcionan por el *hospital* a las personas para usar sólo mientras estén *internados*.
6. Tratamiento de emergencia de una *lesión o enfermedad*, aunque el confinamiento no sea requerido. Consulte su *Programa de beneficios* para conocer las limitaciones.

Infertilidad

El tratamiento de infertilidad es un *gasto de servicio cubierto* cuando los servicios médicos se proporcionan al *afiliado*, y los cuales son *necesarios desde el punto de vista médico* para el diagnóstico de infertilidad. Esto no cubre el tratamiento o *procedimientos quirúrgicos* para infertilidad inclusive la inseminación artificial, fertilización in vitro, y otros tipos de medidas artificiales o quirúrgicas de concepción inclusive los medicamentos administrados en relación con estos procedimientos.

Beneficios médicos y quirúrgicos

1. *Cirugía* en el consultorio de un *proveedor* o en una *instalación quirúrgica para pacientes ambulatorios*, inclusive los servicios y suministros.
2. Servicios profesionales del *médico*, inclusive *cirugía*.
3. Cirujano asistente
4. Servicios profesionales de un profesional clínico *no médico*.
5. Suministros médicos que son *necesarios desde el punto de vista médico*, inclusive apósitos, muletas, férulas ortopédicas, soportes, moldes de yeso, u otros suministros médicos necesarios.
6. Exámenes diagnósticos usando servicios de laboratorios, radiológicos o ultrasonográficos.

7. Quimioterapia, terapia o tratamiento con radiación (*paciente internado* o ambulatorio), y terapia de inhalación.
8. Hemodiálisis y los cargos por el *hospital* por procesamiento y administración de sangre o componentes de la sangre.
9. Costos anestésicos y administración.
10. Oxígeno y su administración.
11. Los gastos por *servicios dentales* incurridos por un *afiliado* se le proporcionarán en la misma forma que para el tratamiento de cualquier otra *enfermedad o lesión*, como se muestra dentro de este *contrato*, que resulta en:
 - a. Daño a sus dientes naturales; y
 - b. Los gastos incurridos dentro de los seis meses del accidente, o como parte de un plan de tratamiento que fue indicado por un *proveedor* y comenzó dentro de los seis meses del accidente. *Lesión* a los dientes naturales no incluirá una *lesión* como resultado de la masticación.
12. *Servicios dentales* necesarios para el tratamiento o corrección de *lesiones* accidentales, defectos congénitos y *cirugía* oral, la cual se define como *procedimientos quirúrgicos maxilofaciales*, se limitan a:
 - a. Escisión de neoplasma no relacionados con los dientes, inclusive tumores benignos y quistes, y toda lesión y crecimiento maligno y pre maligno;
 - b. Incisión y drenaje de abscesos faciales;
 - c. *Procedimientos quirúrgicos* que involucran las glándulas y conductos salivales, y procedimientos no relacionados con los dientes de los senos accesorios;
 - d. Reducción de una dislocación de, escisión de, e inyección de la articulación temporomandibular, excepto como se excluye bajo el plan; y
 - e. Extirpación completa de dientes impactados en el hueso.
13. *Cirugía* para tratar trastornos craneomandibulares, maloclusiones, o trastornos de la articulación temporomandibular, incluye las extracciones dentales necesarias.
14. *Cirugía* plástica o cosmética para la corrección de deformidades congénitas o para afecciones que resulten de *lesiones* accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades tendrán el mismo tratamiento que como para cualquier otra enfermedad tal como se muestra en su *Programa de beneficios*.
15. *Cirugía reconstructiva*- Los siguientes *gastos por servicios elegibles* descritos abajo para *cirugía reconstructiva* serán los mismos que como para el tratamiento de cualquier otra enfermedad tal como se muestra en su *Programa de beneficios*:
 - a. El tratamiento proporcionado para la corrección de defectos contraídos en una *lesión* accidental sufrida por el *afiliado*;
 - b. Tratamiento proporcionado para *cirugía reconstructiva* después de *cirugía* del cáncer;
 - c. *Cirugía* realizada para el tratamiento o corrección de un defecto congénito;
 - d. Para el tratamiento o corrección de un defecto congénito diferente a los padecimientos del seno; o
 - e. Los cargos de *cirugía reconstructiva* del seno como resultado de una mastectomía parcial o total. La cobertura incluye *cirugía* y reconstrucción del seno enfermo y el no enfermo y dispositivos protésicos necesarios para restablecer una apariencia simétrica y el tratamiento en relación con otras complicaciones físicas resultantes de la mastectomía incluyendo linfedemas, están cubiertos en todos los estados de la mastectomía.
16. Mastectomía o disección de nódulo linfático

Estadía mínima como *paciente internado*: si debido a tratamiento de cáncer de seno, cualquier persona cubierta por este plan se somete a una mastectomía o una disección de nódulo linfático, este plan proporcionará cobertura para cuidado como *paciente internado* durante un mínimo de:

- a. 48 horas después de una mastectomía, y
- b. 24 horas después de una disección de nódulo linfático.

No se requiere número mínimo de horas como paciente internado si la afiliada cubierta que recibe el tratamiento y el proveedor que presta los servicios determina que un período más corto de cuidado como *paciente internado* es apropiado.

17. Equipo y suministros diabéticos que son *necesarios desde el punto de vista médico* y recetados por un *proveedor*.
18. Trasplantes de tejidos.
19. Ojos o laringe artificial, prótesis de senos, o extremidades artificiales básicas (pero no el reemplazo del mismo, a menos que sea requerido por un cambio físico en el *afiliado* y el artículo no pueda ser modificado). Si más de un *dispositivo protésico* puede satisfacer una necesidad funcional del afiliado, sólo el cargo por el *dispositivo protésico* más eficaz en función de costos será considerado un gasto cubierto.
20. Análisis genéticos de la sangre que sean *necesarios desde el punto de vista médico*.
21. Vacunas para prevenir el virus sincicial respiratorio (RSV, siglas en inglés) que sean *necesarias desde el punto de vista médico*.
22. Alquiler de máquina de movimiento pasivo continuo (CPM, siglas en inglés); una por afiliado después de una *cirugía* articular cubierta.
23. Un par de gafas o lentes de contacto por *afiliado* después de una *cirugía* de cataratas cubierta.
24. Beneficios por servicios del habla y auditivos tal como se muestra en su *Programa de beneficios* están disponibles para los servicios de un *médico* u otro *proveedor* profesional para restablecer la pérdida de o corregir un deterioro del habla o de la función auditiva, inclusive la cobertura de audífonos para *afiliados* y *afiliados dependientes*. Consulte el *Programa de Beneficios para los niveles de beneficio o límites adicionales*.

Cuidado para la diabetes

La cobertura para el cuidado de la diabetes incluye lo siguiente:

1. *Capacitación para auto control de la diabetes*;
2. Medidor de glucosa, inclusive medidores no invasivos de glucosa diseñados para ser usados por o adaptados para las personas legalmente ciegas;
3. Tiras reactivas especificadas para usarse con el medidor de glucosa correspondiente;
4. Lancetas y dispositivos para lancetas;
5. Tiras reactivas para orina y lectura visual y tabletas para hacer pruebas de glucosa, cetonas y proteínas;
6. Preparaciones de insulina y análogos de insulina;
7. Artículos para inyección, inclusive aparatos usados para ayudar con la inyección de insulina y sistemas sin aguja;
8. Jeringas para insulina;
9. Recipientes para desechos con riesgo biológico;
10. Bombas de insulina, externas e implantables, y pertenencias asociadas, que incluyen aparatos de infusión de insulina, pilas, artículos para la preparación de la piel, cintas adhesivas, aparatos de

infusión, cartuchos de insulina, aparatos duraderos y desechables para ayudar en la inyección de insulina; y otros suministros desechables requeridos;

11. Reparaciones y mantenimiento requerido de las bombas de insulina que no están de otra forma proporcionados bajo la garantía del fabricante o contrato de compra, y concepto de alquiler por bombas durante las reparaciones y mantenimiento requerido de las bombas de insulina, ninguno de los cuales podrá exceder el precio de compra de una bomba de reemplazo similar;
12. Medicamentos con receta y medicamentos disponibles sin receta para controlar las concentraciones de azúcar sanguínea;
13. Aparatos de podología, inclusive hasta dos pares de calzado terapéutico por año de calendario, para la prevención de complicaciones asociadas con la diabetes;
14. Cuidado de los pies de rutina tal como recorte de uñas y callosidades;
15. Equipos de emergencia de glucagón; y
16. Una vez aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, cualquier equipo o suministro nuevo o mejorado para la diabetes, si es *necesario desde el punto de vista médico* y es apropiado según determinación de un *proveedor* u otro profesional médico.

Equipo médico duradero

Los suministros, el equipo y los aparatos descritos más abajo son *servicios cubiertos* bajo este beneficio. Si los suministros, el equipo y los aparatos incluyen artículos o características de bienestar, lujo, o comodidad las cuales exceden lo que es *necesario desde el punto de vista médico* en su situación o necesidad para tratar su enfermedad, el reembolso se basará en la cantidad máxima permitida para el artículo estándar que es un *servicio cubierto*, sirve para el mismo propósito y es *necesario desde el punto de vista médico*. Todo gasto que exceda la cantidad máxima permitida para el artículo estándar el cual es un *servicio cubierto* es su responsabilidad. Por ejemplo, el reembolso por una silla de ruedas a motor se limitará al reembolso por una silla de ruedas estándar, cuando la silla de ruedas estándar se adapte adecuadamente a su afección. La reparación, el ajuste y el reemplazo del equipo comprado, los suministros o aparatos como se detalla más abajo podrían ser cubiertos, siempre que hayan sido *aprobados por nosotros*. La reparación, el ajuste y el reemplazo del equipo, los suministros o aparatos comprados están cubiertos si:

1. El equipo, suministro o aparato es un *servicio cubierto*;
2. El uso continuo del artículo es *necesario desde el punto de vista médico*; y
3. Hay justificación razonable para la reparación, ajuste, o reemplazo (el vencimiento de la garantía no es una justificación razonable).

Además, el reemplazo del equipo, los suministros o aparato comprado podría estar cubierto si:

1. El equipo, suministro o aparato está desgastado o ya no funciona.
2. La reparación no es posible, o podría ser igual o exceder el costo del reemplazo. Deberá realizarse una evaluación por *nuestro* especialista o el vendedor de equipo de habilitación para estimar el costo de la reparación.
3. Las necesidades individuales han cambiado y el equipo actual ya no es utilizable debido a aumento de peso, crecimiento rápido, o deterioro de la función, etc.
4. El equipo, suministro o aparato está dañado y no puede ser reparado.

Los beneficios por reparación y reemplazo no incluyen lo siguiente:

1. Reparación y reemplazo debido a uso incorrecto, rotura malintencionada, o descuido flagrante.
2. Reemplazo de artículos perdidos o robados.

Nosotros podemos establecer los límites razonables de la cantidad para ciertos suministros, equipo o aparatos descritos más abajo.

Equipo médico duradero

El alquiler (o, a nuestra opción, la compra) de equipo médico duradero recetado por un médico u otro proveedor. El equipo médico duradero es equipo que puede resistir el uso repetido; es decir, podría ser rentado, y usado por pacientes sucesivos; se usa principal y generalmente para servir a un propósito médico; no es útil para una persona que no esté enferma o lesionada; y es apropiado para usarse en la casa de un paciente. Ejemplos incluyen pero sin limitarse a sillas de ruedas, muletas, camas de hospital, y equipo de oxígeno. Los costos del alquiler no deben ser más altos que el precio de compra. El plan no pagará alquiler por un tiempo más prolongado que podría costar más que la compra del equipo. El costo de la entrega e instalación del equipo son *servicios cubiertos*. El pago por suministros relacionados es un *servicio cubierto* sólo cuando el equipo se alquila, y los suministros médicamente adecuados se incluyen en el alquiler; o el equipo es propiedad del *afiliado*; los suministros médicamente adecuados podrían ser pagados por separado. El equipo deberá comprarse cuando cueste más alquilarlo que comprarlo. La reparación del equipo médico está cubierta.

Los *servicios* y suministros *cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Equipo de hemodiálisis.
2. Muletas y reemplazo de almohadillas y puntas.
3. Máquinas de presión.
4. Bomba de infusión para líquidos y medicamentos intravenosos (IV).
5. Glucómetro.
6. Tubo de traqueotomía.
7. Monitores cardíacos, neonatales y para apnea del sueño.
8. Aparatos para aumentar la comunicación están cubiertos cuando *nosotros los aprobamos* basados en la afección del *afiliado*.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Aires acondicionados.
2. Bolsas de hielo/bomba de compresas frías.
3. Asientos elevados de inodoros.
4. Alquiler de equipo si el *afiliado* está en una *instalación* que se espera que proporcione dicho equipo.
5. Sillas elevadoras.
6. Banda sin fin.
7. Silla para bañera usada en la ducha.

Suministros médicos y quirúrgicos

La cobertura para suministros médicos no duraderos y equipo para el control de enfermedades y tratamiento de afecciones médicas y quirúrgicas.

Servicios y suministros *cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Extractos de suero contra alergias.
2. Tiras reactivas químicas, glucómetro, lancetas.
3. Clinitest.

4. Aguja/jeringa.
5. Bolsas y suministros para ostomía excepto los cargos tales como aquellos hechos por una farmacia para fines de ajuste no son *servicios cubiertos*.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* incluyen pero sin limitarse a:

1. Cinta adhesiva, curitas (*band aids*), aplicadores con punta de algodón.
2. Plantilla ortopédica.
3. Almohadilla en forma de aro.
4. Compresas calientes, bolsas de hielo.
5. Vitaminas (excepto cuando se proporcionan bajo beneficios preventivos).
6. Medijectors (Jeringas).
7. Los artículos que usualmente se almacenan en la casa para uso general como curitas (*Band-Aids*), termómetros y vaselina.

Aparatos ortésicos y protésicos

Nosotros cubriremos el modelo de aparato ortésico y protésico más apropiado que se determine que es necesario desde el punto de vista médico por el médico, podiatra, protesista, ortesista a cargo de su tratamiento.

Prótesis

Sustitutos artificiales para partes y tejidos del cuerpo, y materiales insertados en tejidos para fines funcionales o terapéuticos. Los *servicios cubiertos* incluyen la compra, adaptación, ajuste necesario, reparaciones y reemplazos de *aparatos* y suministros *protésicos* que:

1. Reemplacen todo o parte de una parte del cuerpo perdida y sus tejidos adyacentes; o
2. Reemplacen todo o parte de la función de una parte corporal permanentemente inútil o con mal funcionamiento.

Los *aparatos protésicos* deberán comprarse no alquilarse, y deben ser *necesarios desde el punto de vista médico*. Los impuestos aplicables, el manejo y envío también están cubiertos.

Los *servicios* y suministros *cubiertos* pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Ayudas y apoyos para partes defectuosas del cuerpo inclusive pero sin limitarse a válvulas cardíacas internas, válvula mitral, marcapasos interno, fuentes de energía para marcapasos, reemplazos vasculares sintéticos o injertos, aparatos para fijación de fracturas internas a la superficie corporal, sustancias de reemplazo para huesos y articulaciones lesionados o enfermos, aparatos para reconstrucción mandibular, tornillos y placas para huesos, y cabezas de vitalium para reconstrucción articular.
2. Dispositivos de asistencia ventricular izquierda (LVAD, siglas en inglés).
3. Prótesis del seno si es interna o externa, después de una mastectomía, y cuatro sostenes quirúrgicos por período de beneficio, según lo requerido por la Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer. Límite máximo para *dispositivos protésicos*, si lo hubiera, no aplica.
4. Reemplazo de toda o parte de partes del cuerpo ausentes o de extremidades, tales como extremidades artificiales, ojos artificiales, etc.
5. Implante de lentes intraoculares para el tratamiento de cataratas o afaquia. Lentes de contacto o gafas se recetan a menudo después del implante de lentes y son *servicios cubiertos*. (Si se realiza la

extracción de cataratas, lentes intraoculares son usualmente insertados durante la misma sesión operativa). Anteojos (por ejemplo bifocales) inclusive las armazones o los lentes de contacto están cubiertos cuando ellos reemplazan la función del lente humano por afecciones causadas por *lesión* o *cirugía* de cataratas; el primer par de lentes de contacto o anteojos está cubierto. El lente del donante insertado al momento de la *cirugía* no se considera lente de contacto, y no se considera el primer lente después de la *cirugía*. Si la *lesión* es en un ojo o si la catarata se extrae de un solo ojo y el *afiliado* selecciona anteojos y armazón, en ese caso el reembolso para ambos lentes y armazón estará cubierto.

6. Implante coclear.
7. Suministros para colostomía y otra ostomía (construcción quirúrgica de un orificio artificial) directamente relacionados con el cuidado de la ostomía.
8. Prótesis de restauración (prótesis facial compuesta).
9. Pelucas (la primera después del tratamiento del cáncer, sin exceder de una por período de beneficio).

Exclusiones:

Aparatos protésicos no cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Dentaduras postizas, reemplazo de dientes o estructuras que directamente apoyen a los dientes.
2. Aparatos dentales (aparatos orales, soportes orales, ortésicos orales, aparatos o prótesis).
3. Aparatos que previenen o corrigen defectos de los dientes y tejidos de soporte.
4. Aparatos no rígidos tales como medias elásticas, portaligas, plantillas ortopédicas y fajas.
5. Pelucas (excepto como se describe más arriba después del tratamiento del cáncer).

Aparatos ortésicos

Los *servicios cubiertos* son la compra inicial, adaptación y reparación de un aparato de apoyo rígido o semi rígido hecho a la medida usado para apoyar, alinear, prevenir, o corregir deformidades, o para mejorar la función de partes móviles del cuerpo, o las cuales limitan, o detienen el movimiento de una parte corporal débil o enferma. El costo del vaciado, moldeo, accesorios, y ajustes están incluidos. Los cargos de impuestos, envío, franqueo y manejo aplicables también están cubiertos. El vaciado está cubierto cuando un aparato ortésico se factura junto con él, pero no si se factura por separado.

Los *aparatos ortésicos* cubiertos pueden incluir, pero sin limitarse a los siguientes:

1. Collares cervicales.
2. Ortesis antiequino.
3. Fajas (para la espalda y quirúrgicos especiales).
4. Férulas (extremidad).
5. Armazones y apoyos.
6. Cabestrillos.
7. Brazaletes.
8. Calzado a la medida.
9. Plantillas para calzado hechas a la medida.

Los aparatos ortésicos pueden ser reemplazados o reparados, a menos que la reparación o el reemplazo se deban al uso indebido o pérdida por el *afiliado*.

Exclusiones:

Los *servicios* y suministros *no cubiertos* pueden incluir, pero sin limitarse a:

1. Calzado ortopédico (excepto calzado terapéutico para diabéticos).
2. Aparatos para mantener al pie en posición, tales como plantillas ortopédicas y zapatos correctores, a menos que ellos sean parte integral de un refuerzo de pierna.
3. Medias elásticas estándar, portaligas, y otros suministros no especialmente fabricados y ajustados (excepto como se especifica bajo la sección Suministros médicos).
4. Porta ligas o aparatos similares.
5. Todo servicio no quirúrgico (restauraciones dentales, ortodoncia, o fisioterapia), o no diagnóstico o suministros proporcionado para el tratamiento de la articulación temporomandibular, y todos los músculos y nervios adyacentes o relacionados.

Atención de maternidad

Una estadía hospitalaria está cubierta para la madre y el recién nacido durante al menos 48 horas después de un parto vaginal sin complicaciones y durante al menos 96 horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. No requerimos que un *médico* u otro *proveedor de atención médica* obtenga *autorización previa*. Sin embargo, una *paciente internada* que permanezca más de 48 horas por un parto vaginal, o 96 horas por parto por cesárea requerirá *autorización previa*.

Otros beneficios de maternidad que pueden requerir *autorización previa* incluyen:

1. Atención pre y posparto para paciente ambulatoria y *paciente internada* inclusive análisis, diagnóstico prenatal de trastorno genético, análisis diagnósticos de laboratorio y radiología, educación sobre salud, asesoramiento nutricional, evaluación de riesgo, y clases para el parto.
2. Visitas *médicas* al hogar y servicios de oficina.
3. Educación para padres, asistencia, y capacitación en lactancia materna o alimentación con biberón, y la realización de cualquier análisis clínico necesario y apropiado.
4. *Complicaciones del embarazo*.
5. *Estancia hospitalaria* por otras razones *necesarias desde el punto de vista médico* asociadas con la atención médica de maternidad.

Nota: Esta provisión no enmienda el *contrato* para restringir cualquier término, límite o condiciones que de otra forma pueden aplicar a los *gastos por servicios cubiertos* para el parto. Esta provisión tampoco requiere que una afiliada que es elegible para cobertura bajo un plan de beneficios de salud:

1. Dé a luz a un bebé en un *hospital* u otra *instalación* de atención médica; o
2. Permanezca como *paciente internada* en un *hospital* u otra instalación de atención médica por cualquier término de tiempo especificado después del nacimiento del bebé.

En el evento que cancelemos o que no renovemos esta póliza, habrá una extensión de los beneficios de *embarazo* para un *embarazo* que comenzó mientras la póliza está en vigencia y por la cual los beneficios hubieran sido pagaderos si la póliza hubiera permanecido en vigencia.

Declaración de Derechos de la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los emisores de los Seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir beneficios para cualquier duración de estancia *hospitalaria* en relación con parto para la madre, o para el bebé recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una sección cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el *proveedor* que atendió a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48

horas (o 96 horas según aplique). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un *proveedor* obtenga *autorización* del plan o del emisor para determinar una estancia hospitalaria que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Segunda opinión médica

Los *afiliados* tienen derecho a una segunda opinión médica bajo las siguientes condiciones:

1. Siempre que un *procedimiento quirúrgico* menor sea recomendado para confirmar la necesidad del procedimiento;
2. Siempre que exista una *enfermedad o lesión* grave; o
3. Siempre que *usted* encuentre que *usted* no está respondiendo al plan de tratamiento actual en forma satisfactoria.

Si se solicita, la consulta para la segunda opinión deberá ser proporcionada por un *médico* elegido por el *afiliado*. El *afiliado* puede seleccionar a un *proveedor de la red* listado en el Directorio de Proveedores de atención médica. Si un *afiliado* elige a un *proveedor de la red*, él/ella será únicamente responsable del *costo compartido* aplicable por la consulta. Cualquier análisis de laboratorio y/o diagnóstico y servicios terapéuticos están sujetos al *costo compartido* adicional. Si la segunda opinión se obtiene de un proveedor fuera de la red, se deberá obtener una *autorización previa* antes de que los servicios se consideren como un *gasto por servicios elegibles*. Si no se obtiene la *autorización previa* para la segunda opinión médica de un *proveedor fuera de la red*, *usted* será responsable de los gastos relacionados.

Cobertura de ensayo clínico

La cobertura de ensayo clínico incluye los *costos de cuidado del paciente de rutina* incurridos como resultado de un ensayo clínico de fase I, II, III o fase IV aprobado, y el ensayo clínico se realiza con el propósito de prevención, detección temprana, o tratamiento de cáncer, o de otra enfermedad o afección potencialmente mortal. La cobertura incluirá los *costos de cuidado de paciente de rutina para* (1) medicamentos y dispositivos que hayan sido aprobados para la venta por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), independientemente de si son aprobados por la FDA para el uso en el tratamiento de la afección particular del paciente, (2) servicios razonables y *necesarios desde el punto de vista médico* para administrar el medicamento o usar el dispositivo bajo evaluación en el ensayo clínico y (3) todos los artículos y servicios que de lo contrario están generalmente disponibles para *individuos calificados* que se proporcionan en el ensayo clínico excepto:

1. El artículo o servicio *en fase de investigación*;
2. Artículos y servicios proporcionados únicamente para satisfacer la recopilación de datos y análisis necesarios y que no se usan en el tratamiento clínico directo del paciente; y
3. Artículos y servicios acostumbrados proporcionados por los patrocinadores de la investigación sin costo para todo *afiliado* en el ensayo.

Los ensayos clínicos de fase I y II deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Los ensayos clínicos de fase I y II son aprobados por los Institutos Nacionales de Salud (NIH, siglas en inglés), o por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, siglas en inglés) y realizados en el Centro Académico o en el Instituto Nacional del Cáncer; y
2. El *afiliado* está inscrito en el ensayo clínico. Esta sección no aplicará para los *afiliados* quienes sólo siguen el protocolo de fase I o II de un ensayo clínico, pero que actualmente no están inscritos.

Los ensayos clínicos de fase III y IV deben ser aprobados o financiados por una de las siguientes entidades:

1. Uno de los Institutos Nacionales de Salud (NIH);

2. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades;
3. La Agencia para Investigación y Calidad de la Atención Médica;
4. Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid;
5. Un Grupo o Centro Cooperativo del NIH (Instituto Nacional de Salud);
6. La FDA en el formulario de una solicitud de un medicamento nuevo *en fase de investigación*;
7. Los Departamentos Federales de Asuntos de Excombatientes, de Defensa, o Energía;
8. Una Junta de Revisión Institucional en este estado que tiene un seguro apropiado y aprobado por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud asegurando el cumplimiento con una implementación de regulaciones para la protección de sujetos humanos; o
9. Una entidad de investigación no gubernamental calificada que cumpla con los criterios para elegibilidad de subvención de apoyo de un Centro del NIH.

En un ensayo clínico, la *instalación* de tratamiento y el personal deben de tener la experiencia y capacitación para proporcionar tratamiento, y tratar un volumen suficiente de pacientes. Debe ser igual a o superior a las alternativas de tratamiento que no están en *investigación* y los datos preclínicos y clínicos disponibles deben proporcionar una expectativa razonable que el tratamiento será superior a las alternativas que no están en *investigación*.

Los *proveedores* participantes en estudios clínicos deberán obtener un consentimiento informado del paciente para participación en el ensayo clínico en una manera que esté acorde con los estándares éticos y legales actuales. Dichos documentos estarán disponibles para *nosotros* a solicitud.

Beneficios de medicamentos con receta

Los *gastos por servicios cubiertos* y suministros en esta subsección de beneficios están limitados a los cobros de una farmacia con licencia por:

1. Un *medicamento con receta*.
2. Cualquier medicamento que, bajo la ley aplicable del estado, pueda ser surtido únicamente con la receta escrita de un Profesional médico.

Dichos *gastos por servicios cubiertos* deberán incluir aquellos medicamentos contra el cáncer, con receta, para administración oral. Los *gastos por servicios cubiertos* no podrán ser menos favorables que por los medicamentos contra el cáncer administrados intravenosamente o por inyección que están cubiertos como beneficios médicos bajo este *contrato*. Para obtener más información sobre los niveles de beneficio o límites adicionales, consulte el *Programa de Beneficios* y la lista de medicamentos (Formulario) de Ambetter.

El Formulario es *nuestra* lista de medicamentos cubiertos, disponible en *nuestro* sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o llamando a nuestro Departamento de servicio al cliente. El Formulario (lista de medicamentos aprobados) es una lista de los *medicamentos con receta* que están cubiertos por esta póliza. El Formulario incluye medicamentos para una variedad de estados y problemas de enfermedad. Periódicamente se revisa y actualiza el Formulario para asegurarnos que se están usando las terapias de medicamentos más actuales y clínicamente apropiados. Algunas veces es *necesario desde el punto de vista médico* que un *afiliado* use un medicamento que no está o que ha sido retirado del Formulario. Cuando esto ocurre, el *proveedor* que receta puede solicitar una excepción para la cobertura a través de *nuestro* Departamento de atención al cliente. Para una lista de los medicamentos cubiertos visite Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o comuníquese con nuestro departamento de Servicio al cliente. Además, algunos medicamentos cubiertos en el formulario podrían requerir *autorización previa* para garantizar que son clínicamente apropiados para un *afiliado*.

La selección apropiada de un medicamento para un *afiliado* es una determinación que el *afiliado* y su *médico* realizan mejor.

Se proporciona cobertura por cualquier *medicamento con receta* que fue aprobado o cubierto bajo el Formulario del plan para una afección o *enfermedad* mental, independientemente que el medicamento haya sido retirado del Formulario del plan, al nivel de beneficio contratado hasta la fecha que el plan se renueve.

Ciertos medicamentos de especialidad y genéricos que no sean de especialidad podrían estar cubiertos a un *costo compartido* más alto que otros productos genéricos. Para obtener más información, consulte el formulario y el *Programa de Beneficios*. Para fines de esta sección, el estado de nivel según se indica en el formulario será aplicable.

No se requiere que *usted* pague más que el *copago* aplicable, la cantidad reclamada permitida, o la cantidad requerida sin seguro o descuento al momento de la compra.

Para las recetas de gotas para los ojos para tratar una enfermedad o afección crónica de los ojos, los reabastecimientos se suministran el o antes del último día del período de dosis recetada, pero no antes de lo siguiente:

1. 21 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 30 días de gotas para los ojos;
2. 42 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 60 días de gotas para los ojos; o
3. 63 días después de la fecha que se dispensó una receta para un suministro de 90 días de gotas para los ojos.

Descuento de medicamentos, Cupones o Tarjeta de copago

El *costo compartido* pagado en su nombre por cualquier *medicamento con receta* obtenido por *usted* a través del uso de un *descuento de medicamento, cupón, o tarjeta de copago* proporcionado por un fabricante del *medicamento con receta* no aplicará hacia su *deducible* del plan o la *cantidad máxima de su propio bolsillo*.

Anticonceptivos fuera del formulario y formulario escalonado:

Bajo la Ley de cuidado de salud a bajo precio (Affordable Care Act), *usted* tiene el derecho de obtener anticonceptivos que no están listados en el Formulario (de otra forma conocidos como “medicamentos fuera del formulario”) y anticonceptivos a precios escalonados (aquellos encontrados en un nivel del formulario diferente al “Nivel 0 – sin *costo compartido*”) sin costo para *usted*, a solicitud suya o de su *profesional médico*. Para ejercer este derecho, comuníquese con su *profesional médico*. Su *profesional médico* puede utilizar el proceso de solicitud usual de *autorización previa*. Consulte la sección “Autorización previa” abajo para detalles adicionales.

Medicamentos con receta fuera del formulario:

Bajo la Ley de cuidado de salud a bajo precio, *usted* tiene el derecho de solicitar cobertura por medicamentos con receta que no están listados en el formulario del plan (de otra forma conocidos como “medicamentos fuera del formulario”). Para ejercer este derecho, comuníquese con su profesional médico. Su profesional médico puede utilizar el proceso de solicitud usual de *autorización previa*. Consulte la sección “Autorización previa” abajo para obtener más detalles.

Sincronización de medicamentos con receta

Bajo la ley de Texas, *usted* tiene el derecho a solicitar sincronización de *sus* medicamentos. Sincronización es la concordancia de *las* fechas en que surte sus medicamentos de manera que *las* fechas de abastecimiento de todos *sus medicamentos* sean el mismo día. Por ejemplo, si surte el medicamento A el día 5 de cada mes, y la persona que receta le indica un nueva receta B el día 20 del mes, *usted* tiene el derecho de solicitar un reabastecimiento para el medicamento B, que es más corto o más largo que 30 días. Esto puede ayudarle a ajustar sus fechas de reabastecimiento para el medicamento B, y sincronizar las fechas en que surte el medicamento A. *Nosotros* ajustaremos los *copagos* para reflejar la cobertura más corta o más larga. Si desea ejercer este derecho, llame a *nuestro* departamento de Servicio al cliente.

Proceso de excepción de medicamentos con receta

Solicitud de excepción estándar

El *afiliado*, un designado por el *afiliado* o un *proveedor* que recete al *afiliado* puede solicitar una revisión estándar de una decisión que un medicamento no está cubierto por el plan. La solicitud puede hacerse por escrito o por teléfono. Dentro de 72 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al designado por el *afiliado* o al *proveedor* que recete al *afiliado* nuestra determinación de cobertura. Si *nosotros* no denegamos una solicitud de excepción estándar dentro de 72 horas, la solicitud se considera otorgada. Si se otorga la solicitud de excepción estándar, proporcionaremos cobertura del medicamento fuera del formulario por la duración de la receta, incluso las renovaciones.

Solicitud de excepción acelerada

El *afiliado*, un designado por el *afiliado* o un *proveedor* que recete al *afiliado* puede solicitar una revisión acelerada basándose en circunstancias exigentes. Circunstancias exigentes existen cuando un *afiliado* está sufriendo de una enfermedad que podría poner en riesgo grave la vida, salud o capacidad del *afiliado* para recuperar la función máxima, o cuando un *afiliado* está recibiendo un curso actual de tratamiento usando un medicamento fuera del formulario. Dentro de 24 horas de la recepción de la solicitud, proporcionaremos al *afiliado*, al designado por el *afiliado* o al *proveedor* que recete al *afiliado* nuestra determinación de cobertura. Si *nosotros* no denegamos una solicitud de excepción acelerada dentro de 24 horas, la solicitud se considera otorgada. Si se otorga la solicitud de excepción acelerada, proporcionaremos cobertura del medicamento fuera del formulario por la duración de la exigencia.

Revisión de solicitud de excepción externa

Si *nosotros* negamos una solicitud para una excepción estándar o para una excepción acelerada, el *afiliado* o un designado por el *afiliado* puede solicitar que la negación de dicha solicitud sean revisadas por una organización de revisión externa. La organización de revisión externa tomará la determinación sobre la solicitud de excepción denegada y avisaremos al *afiliado*, o al designado por el *afiliado* de la determinación de cobertura a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud, si la solicitud original fue una excepción estándar, y a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud, si la solicitud original fue una excepción acelerada.

Si *nosotros* o la organización de revisión externa otorga una excepción para una solicitud estándar o acelerada, le proporcionaremos cobertura de un medicamento fuera del formulario por el tiempo de la exigencia.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

No se pagarán beneficios bajo esta subsección de beneficios por servicios proporcionados o gastos incurridos:

1. Por *medicamentos recetados* para el tratamiento de la disfunción eréctil o para cualquier mejora del desempeño sexual a menos que estén listados en el formulario.
2. Para agentes inmunizadores, sangre, o plasma sanguíneo, excepto cuando se usan para cuidado preventivo y estén listados en el formulario.

3. Por medicamentos que serán administrados al *afiliado*, por completo o en parte, en el lugar donde se suministra.
4. Por medicamentos recibidos mientras el *afiliado* es un paciente en una institución que tiene una instalación para suministrar productos farmacéuticos.
5. Para renovación suministrada más de 12 meses de la fecha de una orden de un *proveedor*.
6. Para una cantidad mayor que las *limitaciones de medicamentos administrados* predeterminadas asignadas para ciertos medicamentos o clasificación de medicamentos.
7. Para una *orden de receta* que está disponible en el formulario de venta libre, o compuesto de ingredientes activos que están disponibles en el formulario de venta libre, y es terapéuticamente equivalente, excepto para los productos de venta libre que están cubiertos en el formulario, o cuando el medicamento de venta libre se usa para cuidado preventivo.
8. Para medicamentos etiquetados "Precaución – limitado por la ley federal para usarse en *investigación*" o para medicamentos *en fase de investigación o experimental*.
9. Para un suministro de más de 31 días cuando se suministra en cualquier receta o renovación de receta, o para medicamentos de mantenimiento hasta por 90 días de suministro cuando se surte por pedido por correo o por una farmacia que participa en la *red* de suministros de días extendidos.
10. Por *medicamentos con receta* para cualquier *afiliado* que se inscribe en la Parte D de Medicare a partir de la fecha de su inscripción en la Parte D de Medicare. Es posible que la cobertura de un *medicamento con receta* no se reponga en una fecha posterior.
11. Por cantidades de medicamentos o dosis determinadas por Ambetter que son ineficaces, no han sido probadas o no son seguras para la indicación para la cual han sido recetadas, independientemente si las cantidades de medicamentos o dosis hayan sido aprobadas por alguna organización reguladora gubernamental para ese uso.
12. Para todo medicamento que *nosotros* identifiquemos como duplicación terapéutica a través del Programa de revisión de utilización de medicamentos.
13. Para medicamentos extranjeros recetados, excepto aquellos asociados con una afección médica de emergencia mientras *usted* esté viajando fuera de los Estados Unidos. Estas excepciones aplican solo a los medicamentos con una receta equivalente aprobada por la FDA que podría estar cubierta bajo esta sección si se obtiene en los Estados Unidos.
14. Para toda sustancia controlada que excede los equivalentes de morfina máximos establecidos por el estado en un lapso de tiempo particular, como lo establecen las leyes y regulaciones estatales.
15. Para la prevención de cualquier enfermedad que no sea endémica para los Estados Unidos, tal como la malaria, y donde el tratamiento preventivo está relacionado con la vacación del *afiliado* para viajar fuera del país. Esta sección no prohíbe la cobertura del tratamiento para las enfermedades arriba mencionadas.
16. Medicamentos usados para fines cosméticos.

Productos alimenticios médicos

Nosotros cubrimos productos alimenticios médicos y fórmulas cuando sean *necesarios desde el punto de vista médico* para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU, siglas en inglés), u otras enfermedades hereditarias independientemente del método de entrega. Los *gastos por servicios cubiertos* para fórmulas elementales basadas en aminoácidos para el tratamiento de un *afiliado* quien es diagnosticado con las siguientes enfermedades o trastornos:

1. Alergias mediadas y no mediadas por inmunoglobulina E para múltiples proteínas alimenticias;
2. Síndrome grave de enterocolitis inducida por proteínas alimenticias;
3. Trastornos eosinofílicos, según se evidencia por los resultados de una biopsia; y

4. Absorción deficiente de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, duración funcional, y motilidad del tracto gastrointestinal.

Exclusiones: cualquier otra fórmula dietética, suplementos nutricionales orales, dietas especiales, alimentos/comidas preparados y fórmulas por problemas de acceso.

Servicios de cuidados preventivos

Los servicios cubiertos incluyen los gastos incurridos por el *afiliado* por los siguientes servicios de salud preventivos si son apropiados para ese *afiliado* de acuerdo con las siguientes recomendaciones y pautas:

1. Artículos o servicios basados en la evidencia que efectivamente tienen una clasificación A o B en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, inclusive la mamografía.
2. Vacunas que tienen una recomendación vigente del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades con respecto a un individuo.
3. Cuidados preventivos y evaluaciones basadas en pruebas especificadas para bebés, niños y adolescentes, de acuerdo con las pautas completas recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
4. Cuidados preventivos y evaluaciones adicionales no incluidos en (1) arriba, de acuerdo con las pautas completas recomendadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud para mujeres.
5. Cobertura sin *costo compartido*:
 - a. Evaluaciones para el *uso de tabaco*; y
 - b. Para aquellos que *usan productos de tabaco*, al menos dos (2) intentos de cesación por año. Para este propósito, cubrir un intento de cesación incluye cobertura para:
 - i. Cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de fumar de al menos diez (10) minutos cada una (inclusive asesoramiento telefónico, asesoramiento grupal e individual) sin *autorización previa*; y
 - ii. Todos los medicamentos para dejar de fumar aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (inclusive medicamentos con receta y de venta libre) para un régimen de tratamiento de 90 días cuando es recetado por un *proveedor* de atención médica sin *autorización previa*.

Si un servicio se considera diagnóstico o no preventivo, *su copago, coaseguro y deducible* del plan aplicará. Es importante que conozca qué tipo de servicio *usted* está obteniendo. Si se realiza un servicio diagnóstico o no preventivo durante la misma visita de atención médica como un servicio preventivo, *usted* podría tener cargos de *copago y coaseguro*.

A medida que se emiten nuevas recomendaciones y directrices, esos servicios se considerarán *servicios cubiertos* cuando sean requeridos por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, pero a más tardar un año después que la recomendación o directriz haya sido emitida.

Los Servicios de cuidados preventivos para niños incluyen:

1. Investigación de autismo;
2. Evaluaciones del comportamiento para niños de todas las edades. Edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años, 11 a 14 años, 15 a 17 años;
3. Evaluación del desarrollo para niños menores de 3 años, y vigilancia durante la infancia;
4. Flúor como suplemento químico de prevención para niños que no reciben flúor en su fuente de agua;
5. Detección de plomo para niños en riesgo de exposición;

6. Prueba de tuberculina;
7. Evaluación y asesoría contra la obesidad; y
8. Evaluación de riesgo de salud oral para los niños pequeños entre las edades: 0 a 11 meses, 1 a 4 años, 5 a 10 años.

Los Servicios de cuidados preventivos cubiertos para la mujer, inclusive la mujer embarazada incluyen:

1. Investigación de anemia en forma rutinaria para las mujeres embarazadas;
2. Asesoramiento sobre las pruebas genéticas acerca de la mutación en los genes BRCA para mujeres en alto riesgo;
3. Asistencia integral para la lactancia materna y asesoramiento de *proveedores* capacitados, así como acceso a suministros para lactancia para mujeres embarazadas y lactando;
4. Atención anticonceptiva;
5. Evaluación y asesoramiento por violencia interpersonal y doméstica para todas las mujeres;
6. Examen de detección de diabetes gestacional para mujeres con 24 a 28 semanas de embarazo y aquellas que tienen alto riesgo de desarrollar diabetes gestacional;
7. Examen de detección de gonorrea para todas las mujeres en alto riesgo;
8. Examen de detección de Hepatitis B para las mujeres embarazadas en su primera visita prenatal;
9. Examen de detección y asesoramiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) para las mujeres sexualmente activas;
10. Prueba de ADN del papilomavirus humano (PVH): prueba de ADN del PVH de alto riesgo cada tres años para mujeres con resultados normales de citología que tienen 30 años o más;
11. Examen de detección de incompatibilidad Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres en alto riesgo;
12. Asesoramiento para las mujeres sexualmente activas sobre las infecciones de transmisión sexual; y
13. Visitas de bienestar para la mujer.

Los Servicios preventivos cubiertos para adultos incluyen:

1. Detección y asesoramiento para el abuso del alcohol;
2. Detección de la presión arterial para todos los adultos;
3. Detección de la depresión para adultos;
4. Detección de diabetes tipo 2 para adultos con presión arterial alta;
5. Detección de VIH para todos los adultos en alto riesgo;
6. Evaluación y asesoramiento contra la obesidad para todos los adultos;
7. Evaluaciones para el *uso de tabaco* para todos los adultos e intervenciones para dejar de fumar para los que usan tabaco;
8. Detección de sífilis para todos los adultos en alto riesgo; y
9. Detección de cáncer colorrectal usando pruebas de sangre oculta en las heces una vez cada doce meses, una sigmoidoscopia flexible con hemocultivo de heces cada cinco (5) años, o una colonoscopia en adultos comenzando a los 50 años de edad y continuando hasta los 75 años de edad cada diez (10) años.

Beneficios para exámenes y vacunas de rutina

Los beneficios para exámenes de rutina están disponibles para los siguientes servicios de cuidados preventivos:

1. Atención para niño sano (después del examen inicial del recién nacido y del alta hospitalaria);
2. Examen físico anual de rutina;
3. Examen anual de la vista;

4. Exámenes anuales de la audición, excepto por los beneficios proporcionados bajo Beneficios Requeridos para pruebas de detección de discapacidad auditiva. Las pruebas de detección para discapacidad auditiva desde el nacimiento hasta la fecha que el bebé tiene 30 días de nacido y la atención de seguimiento necesaria después del diagnóstico desde el nacimiento hasta la fecha que el niño tiene 24 meses de edad. Los gastos no están sujetos a la *cantidad del deducible*; y
5. *Vacunas* – Los *deducibles* no se aplicarán a las vacunas de un niño dependiente de 7 años de edad o menor. Las vacunas incluyen: difteria, haemophilus influenza tipo b, hepatitis B, sarampión, paperas, tosferina, poliomielitis, rubéola, tétano, varicela y cualquier otra vacuna que por ley sea requerida para el niño. Los cargos por vacunas no están sujetos a los requisitos de *deducible*, *coaseguro* o *copago*. Los cargos por otros servicios prestados al mismo tiempo que las vacunas están sujetos a *deducible*, *coaseguro* y *copago* de acuerdo con las provisiones regulares de la póliza.

No hay beneficios disponibles para gastos de *hospital de paciente internado* o gastos médicos/quirúrgicos por exámenes físicos de rutina realizados a un *paciente internado*, excepto el examen inicial de un recién nacido.

Las inyecciones para tratar alergias no se consideran vacunas bajo esta provisión de beneficio.

Beneficios para ciertos análisis de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y del cuello uterino

Los beneficios están disponibles para ciertos análisis de detección del virus del papiloma humano, cáncer de ovario y cáncer del cuello uterino, para cada *afiliado* que tenga 18 años de edad o más, para un examen anual de diagnóstico reconocido medicamente de detección temprana de cáncer de ovario y del cuello uterino. La cobertura incluye, como mínimo, un análisis de sangre CA 125, un frotis de papanicolau (Pap) convencional o un examen utilizando métodos de citología basados en líquidos según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos solos o en combinación con un análisis aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para la detección del virus del papiloma humano.

Beneficios para Mamografía

Los beneficios están disponibles para examen por tomosíntesis del seno y todas las formas de mamografía con dosis baja para detectar presencia de cáncer del seno oculto para una *afiliada* de 35 años de edad y mayores, excepto que los beneficios no estarán disponibles para más de un examen de mamografía de rutina cada año de calendario.

Beneficios para la detección y prevención de la osteoporosis

Si un *afiliado* es una *persona calificada*, hay beneficios disponibles para mediciones médicamente aceptadas de la masa ósea, para la detección de masa ósea baja y para determinar los riesgos de osteoporosis y fracturas asociadas con osteoporosis.

Persona calificada significa:

1. Una afiliada posmenopáusica que no recibe tratamiento de reemplazo con estrógeno;
2. Una persona con:
 - a. anormalidades vertebrales,
 - b. hiperparatiroidismo primario, o
 - c. historia de fracturas; o
3. Una persona que está:
 - a. recibiendo tratamiento con glucocorticoides a largo plazo, o

- b. siendo controlada para evaluar la respuesta a o la eficacia de un tratamiento con un medicamento aprobado para la osteoporosis.

Beneficios para ciertos análisis para la detección de cáncer de próstata

Los gastos por servicios cubiertos incluyen un examen físico anual para la detección del cáncer de próstata y el análisis del "antígeno prostático específico" realizado para determinar el valor del antígeno prostático específico en la sangre de un *afiliado* cubierto que tenga al menos cincuenta (50) años de edad y al menos una vez al año para un *afiliado* cubierto menor de cincuenta (50) años de edad que tenga alto riesgo de padecer cáncer de próstata de acuerdo con las guías publicadas más recientemente por la Sociedad Americana del Cáncer.

Beneficios para pruebas de detección temprana de la enfermedad cardiovascular

Hay beneficios disponibles para una de las siguientes pruebas de detección no invasivas para la arteriosclerosis y estructura y función anormal de la arteria cada cinco años cuando es realizada por un laboratorio que es certificado por una organización nacional reconocida:

1. Exploración con tomografía computarizada (CT) que mide calcificaciones en la arteria coronaria; o
2. Ultrasonografía que mide el grosor y placa de la íntima media de la arteria carótida.

Los análisis están disponibles para cada individuo cubierto que es (1) un hombre mayor de 45 años de edad y menor de 76 años de edad, o (2) una mujer mayor de 55 años de edad y menor de 76 años de edad. La persona debe ser diabética o tener riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria, teniendo como base una puntuación derivada usando el algoritmo de predicción coronaria del estudio cardíaco de Framingham que es intermedia o mayor.

Beneficios para pruebas de evaluación de discapacidad auditiva

Hay beneficios disponibles para *gastos por servicios elegibles* incurridos por un hijo dependiente cubierto:

1. Para una prueba de evaluación para discapacidad auditiva desde el nacimiento hasta la fecha que el bebé tiene 30 días de nacido; y
2. la atención de seguimiento necesaria después del diagnóstico desde el nacimiento hasta la fecha que el niño tiene 24 meses de edad.

Los *deducibles* indicados en su *Programa de Beneficios* no aplicarán a esta provisión.

Los servicios cubiertos incluyen el costo de audífonos o implante coclear *necesario desde el punto de vista médico* así como servicios y suministros relacionados para un dependiente cubierto menor de 18 años de edad, inclusive:

1. Servicios de adaptación y distribución y la provisión de moldes de orejas según sean necesarios para mantener el ajuste óptimo de los audífonos;
2. Todo tratamiento relacionado con audífonos e implantes cocleares, inclusive para *habilitación y rehabilitación* según sea necesario para fines educativos; y
3. Para un implante coclear, y procesador y controlador de habla externo con reemplazo de componentes necesarios cada tres años.

Limitaciones:

1. Un audífono en cada oreja cada tres años; y
2. Un implante coclear en cada oreja con reemplazo interno según sea necesario médica o audiológicamente.

Cuidado anticonceptivo

Todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (identificados en www.fda.gov) están *aprobados* para los *afiliados* sin *costo compartido* conforme a la Ley de cuidado de salud a bajo precio. Los *afiliados* tienen acceso a los métodos disponibles y detallados en su Formulario de medicamentos o Lista de medicamentos preferidos sin costo compartido. Algunos métodos anticonceptivos están disponibles a través de un beneficio médico del *afiliado*, inclusive la inserción y remoción de un aparato anticonceptivo sin costo compartido para los afiliados. Los anticonceptivos de emergencia están disponibles para los *afiliados* sin receta y sin costo compartido para los afiliados.

Beneficios para servicios de la vista necesarios desde el punto de vista médico

Los exámenes para el tratamiento de afecciones médicas del ojo están cubiertos cuando el servicio se realiza por un proveedor participante (optometrista, optometrista terapéutico, u oftalmólogo). Los servicios cubiertos incluyen visitas al consultorio, análisis, y tratamiento de las enfermedades oculares que producen síntomas que si no se tratan podrían resultar en la pérdida de la vista.

Los servicios excluidos para el cuidado de la vista de rutina y para el cuidado que no es de rutina incluyen:

1. La terapia visual para adultos está excluida.
2. Las pruebas para el desarrollo de terapia de la vista para niños, excepto cuando sean *autorizadas* por *nosotros*.
3. Todo servicio de la vista, tratamiento o material no específicamente listado como un *servicio cubierto*.
4. Los servicios para la visión reducida y aparatos para adultos.
5. Cuidado fuera de la red, sólo como se define en este documento.
6. Los anteojos para leer para niños pueden suministrarse basados en los méritos del caso individual. El médico deberá indicar por qué dichas correcciones son necesarias. Todas las solicitudes serán revisadas en una base de *aprobación* previa.

Servicios de trasplantes

Servicios cubiertos para gastos de servicios de trasplantes:

Los trasplantes son un beneficio cubierto cuando se *autorizan* de acuerdo con este *contrato*. La *autorización previa* debe obtenerse antes de una evaluación para un trasplante. Podemos requerir información adicional tal como análisis y/o tratamiento antes de determinar necesidad médica para el beneficio de trasplante. La *autorización* debe obtenerse antes de realizar la cirugía del trasplante. Los servicios de trasplante deben cumplir con los criterios médicos tal como se establece por la Póliza de administración médica.

Si *nosotros* determinamos que un *afiliado* es un candidato apropiado para un trasplante *necesario desde el punto de vista médico*, los *gastos por servicios cubiertos* se proporcionarán para:

1. Evaluación previa al trasplante.
2. Recolección previa al trasplante.
3. Estabilización previa al trasplante, significa una estadía como *paciente internado* para *estabilizar médicamente* a un *afiliado* para prepararlo para un trasplante posterior, ya sea que el trasplante ocurra o no.
4. Quimioterapia a dosis altas.
5. Obtención de células madre de sangre periférica.

6. El trasplante en sí, no incluye los costos de adquisición para el órgano o médula ósea (excepto en una *instalación autorizada* o participante).
7. Seguimiento posterior al trasplante.

Nosotros cubriremos los gastos médicos incurridos por un donante vivo como si fueran gastos médicos de un *afiliado* si:

1. Ellos pueden de otra manera considerarse *gastos por servicios cubiertos* bajo este contrato;
2. El *afiliado* recibe un órgano o médula ósea de donante vivo; y
3. El trasplante fue *aprobado* como trasplante *necesario desde el punto de vista médico*.

Los gastos de beneficios por trasplante incluyen servicios relacionados con los análisis de búsqueda de donantes y las pruebas de aceptabilidad de los donantes vivos potenciales. Estos gastos médicos están cubiertos en la medida que los beneficios permanezcan y estén disponibles bajo el *contrato del afiliado*, después que los beneficios para los gastos propios del *afiliado* hayan sido pagados. En el caso de dicha cobertura, la cobertura existente de otra forma de un donante vivo será secundaria para beneficios bajo el *contrato del afiliado*.

Beneficios por servicios complementarios del "Centro de excelencia":

Un *afiliado* puede obtener servicios en relación con un trasplante de cualquier *médico*. Sin embargo, si un trasplante se realiza en un *Centro de excelencia*:

1. Los *gastos por servicios cubiertos* para el trasplante incluirán el costo de adquisición del órgano o médula ósea.
2. Nosotros pagaremos por los siguientes servicios si se requiere que el *afiliado* viaje más de 75 millas desde el lugar de residencia hasta el *Centro de excelencia*:
 - a. Transporte de ida y vuelta al *Centro de excelencia* para el *afiliado*, cualquier donante vivo, y la *familia inmediata* para acompañar al *afiliado*.
 - b. Alojamiento en o cerca del *Centro de excelencia* para el *afiliado*, cualquier donante vivo, y la *familia inmediata* para acompañar al *afiliado* mientras el *afiliado* esté confinado en el *Centro de excelencia*. Nosotros pagaremos los costos directos por transporte y alojamiento, sin embargo, *usted* debe hacer los arreglos.

Servicios no cubiertos y exclusiones:

Ningún beneficio será proporcionado o pagado bajo estos Beneficios de gastos por servicios de trasplante:

1. Para obtención de médula ósea profiláctica o células madre de sangre periférica cuando no ocurra el trasplante.
2. Para trasplantes de animal a humano.
3. Para adquisición o transporte del órgano o tejido, a menos que expresamente se proporcione en esta provisión.
4. Para mantener vivo a un donante para la operación de trasplante.
5. Para un donante vivo cuando el donante vivo esté recibiendo un órgano trasplantado para reemplazar el órgano donado.
6. Relacionado a trasplantes no incluidos bajo esta provisión como un trasplante.
7. Para un trasplante bajo estudio en un ensayo clínico de fase I o II en curso como se explica en la regulación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos ("USFDA"), independientemente si el ensayo está sujeto a vigilancia de la USFDA.

8. El costo de adquisición para el órgano o médula ósea, excepto cuando se proporciona en una instalación *autorizada* o participante.

Beneficios de gastos de la vista pediátricos

Los gastos por servicios cubiertos en esta subsección de beneficios incluye los siguientes servicios realizados por un optometrista, optometrista terapéutico u oftalmólogo para un *hijo elegible* menor de 19 años quien es un *afiliado*:

1. Los exámenes de rutina de la vista, incluyen dilatación con refracción cada año de calendario;
2. Un par de lentes recetados (visión simple, bifocal alineado, trifocal alineado, o lenticular) en vidrio o plástico, o suministro inicial de lentes de contacto *necesarios desde el punto de vista médico* cada año de calendario;
 - a. Entre otras opciones de lentes se incluyen: tinte gradual de oscuro a claro, con capa protectora ultravioleta, anteojos de sol recetados con lente de cristal gris #3 y de gran tamaño, lentes de policarbonato, lentes segmentados mixtos, lentes para visión intermedia, lentes progresivos estándar, progresivos Premium (Varilux®, etc.), lentes de cristal fotocromáticos, lentes fotosensitivos de plástico (Transitions®), lentes polarizados, con capa antirreflejante (AR) estándar, capa antirreflejante (AR) Premium, capa antirreflejante (AR) Ultra, y lentes de alto índice
3. Un par de armazones para lentes recetados por año de calendario;
4. Con capa antiraya; y
5. Los dispositivos ópticos para visión baja incluyen servicios para visión baja, y subsidio de ayuda con cuidado de seguimiento cuando son *autorizados por nosotros*.

Los gastos por servicios cubiertos y suministros no incluyen:

1. Terapia visual;
2. Dos pares de anteojos como un sustituto para bifocales;
3. Reemplazo por pérdida o robo de anteojos;
4. Todo servicio de la vista, tratamiento o material no listado específicamente como un servicio cubierto;
5. *Proveedores fuera de la red*;
6. Descuento para corrección de la vista por rayos láser.

Los servicios pediátricos se extenderán hasta el final del año del plan en el cual ellos cumplan los 19 años de edad.

Servicios de la vista – Adultos de 19 años de edad y mayores

Los exámenes de la vista de rutina, anteojos con receta, y el suministro inicial de lentes de contacto estándar se administran a través de Envolv Vision. Para obtener información con respecto a sus copagos y/o *deducibles* específicos, consulte su información del plan específica listada en el *Programa de beneficios*.

Usted puede recibir un examen de la vista de rutina y anteojos una vez cada año de calendario. Anteojos incluye **ya sea** un par de anteojos **o** suministro inicial de lentes de contacto estándar.

Anteojos – Los lentes cubiertos incluyen de visión única, bifocal alineado, trifocal alineado, o lenticular, en cristal o plástico. Las adiciones cubiertas para los lentes incluyen lentes de policarbonato estándar, resistente al rayado, y con recubrimiento antirreflejos.

Si usted requiere lentes con receta más complejos, comuníquese con Envolve Vision para la autorización previa. Las opciones de lentes tales como lentes progresivos, con tintes de alto índice, y recubrimiento ultravioleta no están cubiertos.

Las armazones cubiertas tienen que ser seleccionadas del formulario de armazones de Envolve Vision, que ofrece un amplio rango de armazones que están disponibles sin costo para usted.

Si usted selecciona consultar con un proveedor fuera de la red, consulte el *Programa de beneficios*. Si selecciona anteojos que valen más de su beneficio máximo, usted será el responsable financieramente por la diferencia.

Lentes de contacto – La cobertura incluye evaluación, ajuste, y suministro inicial de lentes de contacto estándar. Refiérase a su información específica del plan que se lista en el *Programa de beneficios* para conocer su cantidad máxima permitida para lentes de contacto. Si los lentes de contacto se compran a través de un *proveedor fuera de la red*, usted será el financieramente responsable por cualquier diferencia mayor de lo autorizado.

Para obtener información adicional sobre los servicios de la vista cubiertos, los proveedores de Envolve Vision participantes, llame al Departamento de servicio al cliente al 877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Programas de Administración de salud ofrecidos

Ambetter from Superior HealthPlan ofrece los siguientes programas de administración de salud:

1. Asma;
2. Enfermedad de arteria coronaria;
3. Diabetes (adulto y pediátrica);
4. Hipertensión arterial;
5. Hiperlipidemia;
6. Dolor lumbar; y
7. Cesación del tabaquismo.

Para preguntar sobre estos u otros programas disponibles, usted puede visitar *nuestro* sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com, o comunicarse con Servicios para los Afiliados al 877-687-1196 (Retransmisión Texas/TTY 1-800-735-2989).

Beneficios de bienestar y otros programas

Los beneficios pueden estar disponibles para los *afiliados* por participar en ciertos programas que *nosotros* podemos poner a la disposición en relación con este *contrato*. Dichos programas pueden incluir programas de bienestar, programas de administración de enfermedad y atención médica, y otros programas que se encuentran bajo la provisión de Programas de administración de salud ofrecidos. Los beneficios disponibles para *afiliados* a partir de la fecha de este *contrato* por participar en dichos programas se describe más abajo o en el *Programa de beneficios*. Usted puede obtener información con respecto a programas particulares disponibles en cualquier momento visitando *nuestro* sitio web en Ambetter.SuperiorHealthPlan.com, o comunicándose con el Departamento de servicio al cliente al 877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989). Los beneficios están disponibles siempre y cuando la cobertura permanezca activa, a menos que la cambiemos tal como se describe más abajo. Una vez termina la cobertura, los beneficios del programa de bienestar ya no están disponibles, y todo remanente o balance no usado en la tarjeta de recompensas será retirado al momento de la terminación.

Todos los *afiliados* son automáticamente elegibles para el programa de beneficios una vez obtengan cobertura. Los programas son opcionales, y los beneficios están disponibles sin costo adicional para los *afiliados*. Los programas y beneficios disponibles en cualquier momento se vuelven parte de este *contrato* por esta referencia y están sujetos a cambio por *nosotros* a través de una actualización de información del programa disponible en *nuestro* sitio web o comunicándose con *nosotros*.

Los *afiliados* podrán ganar dólares de recompensa por un total de \$250 por año de calendario por realizar comportamientos saludables específicos inclusive, pero sin limitarse a los siguientes:

1. Encuesta sobre bienestar: \$50
2. Visita anual de bienestar: \$50
3. Vacuna antigripal: \$25
4. Actividad física: \$25 (hasta 3 veces)
5. Educación sobre Salud y Bienestar Financiero: \$50

Las recompensas se cargarán en la tarjeta de recompensas “My Health Pays” del *afiliado*. La tarjeta es similar a la Cuenta de reembolso por cuidado de la salud (HRA, siglas en inglés). Los dólares son ficticios y vencen una vez termina la cobertura. Los dólares de recompensa pueden ser usados en dos formas: (a) *Costo compartido del afiliado*: copagos, *deducibles*, pagos de *coaseguro* y (b) *Primas del afiliado*. Las tarjetas se enviarán por correo al *afiliado* automáticamente cuando gane la primera recompensa. La tarjeta de recompensa “My Health Pays” se adjuntará a un correo de una sola página describiendo el programa, otras formas para ganar recompensas, cómo usar los dólares de recompensa, y dónde ir para averiguar más sobre el programa. Hay una tarifa de reemplazo de \$5 por pérdida o robo de la tarjeta.

SERVICIOS NO CUBIERTOS Y EXCLUSIONES GENERALES

No se proporcionarán ni pagarán beneficios por:

1. Cualquier servicio o suministro que sería proporcionado sin costo para el *afiliado* o *afiliados* en caso de no tener una aseguradora que cubriera el cargo.
2. Gastos, honorarios, impuestos, o recargos impuestos al *afiliado* o *afiliado por un proveedor* (inclusive un *hospital*) pero que en realidad el *proveedor* tiene la responsabilidad de pagar.
3. Cualquier servicio proporcionado para un *afiliado* por un *miembro de la familia inmediata del afiliado*, inclusive alguna persona relacionada con un *afiliado* por sangre, matrimonio o adopción, o quien normalmente es un miembro del hogar del *afiliado*.
4. Cualquier servicio no identificado e incluido como *gastos por servicios cubiertos* bajo el *contrato*. *Usted* será totalmente responsable por el pago de cualquier servicio que no es un *gasto por servicios cubiertos*.

Aún si no está específicamente excluido en este *contrato*, ningún beneficio será pagado por un servicio o suministro a menos que éste:

1. Sea administrado u ordenado por un *proveedor*; y
2. *Sea necesario desde el punto de vista médico* para el diagnóstico o tratamiento de una *lesión o enfermedad*, o esté cubierto bajo la provisión de Servicios de cuidados preventivos.

Los *gastos por servicios cubiertos* no incluirán, y ningún beneficio será proporcionado o pagado por cualquier cargo incurrido por:

1. Servicios o suministros que son proporcionados antes de la *fecha de vigencia* o después de la fecha de terminación de este *contrato*, excepto como se indique expresamente en la cláusula de Beneficios después de que su cobertura termina en la sección de Terminación de este *contrato*.
2. Cualquier porción de los cargos que excedan a los *gastos por servicios elegibles*.
3. Modificación de peso, o por tratamiento quirúrgico de la obesidad, inclusive alambrado de los dientes y todas las formas de *cirugía* de derivación gástrica.
4. Por reducción o aumento cosmético del seno, excepto para el tratamiento *necesario desde el punto de vista médico* de la disforia de género.
5. Reversión de procedimientos de esterilización y vasectomías.
6. Aborto (a menos que la vida de la madre estuviera en peligro si el embarazo se lleva a término).
7. Tratamiento de maloclusiones, trastornos de la articulación temporomandibular, o trastornos craneomandibulares, excepto como se describen en los *gastos por servicios cubiertos*.
8. Gastos por televisión, teléfono, o gastos para otras personas.
9. Asesoramiento para matrimonios, familias o niños para el tratamiento de disfunción en las relaciones prematrimoniales, matrimoniales, familiares, o de niños.
10. Consultas telefónicas, excepto para los que cumplen con la definición de *servicios de telesalud* o *servicios médicos de telemedicina*, o por no acudir a una cita programada.
11. Períodos de espera por disponibilidad de un *profesional médico* cuando no se presta ningún tratamiento.
12. Gastos por *servicios dentales*, inclusive frenos por cualquier problema médico o dental, *cirugía* y tratamiento por *cirugía* oral, excepto como expresamente proporcionado bajo la provisión de Beneficios Médicos y Quirúrgicos.

13. *Tratamiento cosmético*, excepto para *cirugía reconstructiva* para mastectomía o que esté relacionada a o sea después de una *cirugía* o una *lesión* por trauma, infección o enfermedades de la parte involucrada que estaba cubierta bajo el *contrato* o es realizada para corregir un defecto de nacimiento.
14. Para exámenes de salud mental y servicios que implican:
 - a. Servicios para pruebas psicológicas asociadas con la evaluación y diagnóstico de discapacidades de aprendizaje;
 - b. Consejería matrimonial;
 - c. Consejería prematrimonial;
 - d. Atención o análisis por orden judicial, o requerida como una condición de libertad condicional o período de prueba;
 - e. Prueba de aptitud, capacidad, inteligencia o interés; o
 - f. Evaluación con el fin de mantener el empleo del *paciente hospitalizado* en confinamiento o servicios para la salud mental del *paciente hospitalizado* recibidos en una *instalación de tratamiento residencial* a menos que esté asociado con dependencia química o de alcohol en un entorno de recuperación residencial transicional no médico.
15. Cargos relacionados a, o en preparación de, trasplantes de tejidos u órganos, excepto que esté expresamente previsto bajo la provisión de servicios de trasplante.
16. Para *cirugía* refractiva de los ojos, cuando el propósito principal es corregir miopía, hipermetropía, o astigmatismo.
17. Mientras esté confinado principalmente para recibir *rehabilitación, cuidado supervisado, cuidado educativo*, o servicios de enfermería (a menos que esté expresamente previsto en este *contrato*).
18. Para terapia vocacional o recreativa, *rehabilitación* vocacional, terapia del habla como paciente ambulatorio, o terapia ocupacional, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
19. Para medicina alternativa o complementaria usando prácticas terapéuticas no ortodoxas que no siguen la medicina convencional. Estas incluyen, pero no se limitan a, terapia mediante expediciones a áreas silvestres, terapia al aire libre, campo de entrenamiento, terapia con actividades equinas, y programas similares.
20. Para anteojos, lentes de contacto, refracción ocular, terapia visual, o para cualquier examen o ajuste relacionado con estos dispositivos, excepto que esté expresamente previsto en este *contrato*.
21. Para *servicios no probados o tratamientos experimentales o de investigación*. El hecho que un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* sea el único tratamiento disponible para una enfermedad particular no resultará en beneficios si el procedimiento es considerado que es un *servicio no probado o tratamiento experimental o de investigación* para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
22. Para tratamiento recibido fuera de los Estados Unidos, excepto para una emergencia médica mientras viaje hasta por un máximo de 90 días consecutivos.
23. Como resultado de una *lesión o enfermedad* que se origine de, o en el curso del empleo por sueldo o ganancia, si el *afiliado* está asegurado, o se requiere que esté asegurado, por el Seguro de compensación del trabajador en cumplimiento con la ley estatal o federal aplicable. Si *usted* entra en un acuerdo que renuncia al derecho del *afiliado* para recuperar beneficios médicos futuros bajo la ley de compensación del trabajador o el plan de seguros, esta exclusión todavía aplicará. En el caso que la compañía de seguros de compensación del trabajador niegue la cobertura por un reclamo de compensación laboral del *afiliado*, esta exclusión aún aplicará a menos que la negación sea apelada ante la agencia gubernamental apropiada y la negación sea respetada por esa agencia.
24. Como un resultado de:

- a. Una *lesión o enfermedad* causada por cualquier acto de Guerra declarada o no declarada.
 - b. El *afiliado* toma parte en una revuelta.
 - c. El *afiliado* comete un delito, aunque no esté acusado.
25. Para o relacionado con padres sustitutos.
26. Para o relacionado con el tratamiento de hiperhidrosis (sudoración excesiva).
27. Para *cirugía* de reducción fetal.
28. Excepto que específicamente se identifique como un *gasto por servicio cubierto* bajo el *contrato*, servicio o gastos para tratamientos alternativos, inclusive acupresión, acupuntura, aromaterapia, hipnotismo, terapia de masaje, terapia de masajes y presiones, y otras formas de tratamiento alternativo como se define por la Oficina de medicina alternativa de los Institutos Nacionales de Salud.
29. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida durante o debido a la participación, instrucción, demostración, guiar, o acompañar a otros en cualquiera de lo siguiente: deportes semiprofesionales o profesionales; deportes intercolegiales (no incluye deportes intramuros); carrera o prueba de velocidad de cualquier vehículo no motorizado o de transporte (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); deportes de rodeo; equitación (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); escalada en roca o montañismo (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción); o esquiando (si al *afiliado* se le paga por participar o dar instrucción).
30. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras opera, monta en, o desciende de cualquier tipo de aeronave si el *afiliado* es un piloto, funcionario, o el *afiliado* pertenece a la tripulación de dicha aeronave o proporciona o recibe alguna clase de capacitación o instrucciones, o de lo contrario tiene algunas funciones que requieran que él o ella esté a bordo en la aeronave.
31. Como resultado de cualquier *lesión* sufrida mientras se encuentra en una *instalación de tratamiento residencial*.
32. Por *medicamentos con receta* para cualquier *afiliado* que se inscribe en la Parte D de Medicare a partir de la fecha de su inscripción en la Parte D de Medicare. Es posible que la cobertura de *medicamentos con receta* no se reponga en una fecha posterior.
33. Para los siguientes puntos misceláneos: fertilización in vitro, inseminación artificial (excepto cuando se requiere por la ley federal o estatal); biorretroalimentación; cuidado o complicaciones resultantes de *servicios no cubiertos*; productos quelantes; atención domiciliaria; alimentos y suplementos alimenticios, excepto para lo que está indicado en la sección de Productos alimenticios médicos; cuidado de los pies de rutina, plantillas ortopédicas para pies o zapatos correctivos; membresía para el club de salud, a menos que de otra manera estén cubiertas; kits para análisis en el hogar; cuidado o servicios proporcionados para un padre biológico de un no *afiliado*; suplementos nutricionales o dietéticos; análisis de laboratorio premaritales; honorarios por procesamiento; cuidado de enfermería particular; *servicios de rehabilitación* para mejorar el rendimiento laboral, atlético, o recreativo; cuidado de rutina o electivo *fuera del área de servicio*; escleroterapia para venas varicosas; tratamiento de arañas vasculares; gastos de transporte, a menos que específicamente se describa en este *contrato*.
34. Servicios privados de enfermero(a) titulado(a) prestados a pacientes ambulatorios.
35. Análisis diagnósticos, procedimientos de laboratorio, revisiones o exámenes realizados con el fin de obtener, mantener o controlar el empleo.

TERMINACIÓN

Terminación del contrato

Toda cobertura terminará al terminar este *contrato*. Este *contrato* terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. Falta de pago de primas cuando se deban, sujeto a la provisión de período de gracia en este *contrato*;
2. Por cualquier razón o evento de no renovación o cancelación como se señala en la provisión de Renovación Garantizada.
 - a. El último día de cobertura es el último día del mes siguiente al mes en el cual el aviso es enviado por *nosotros* a menos que *usted* solicite una fecha efectiva de terminación más temprana.
3. Para un *menor elegible* que alcance el límite de edad de 26 años, cobertura bajo este *contrato*, para un *menor elegible*, terminará a las 11:59 p.m. CST el último día del año en el cual el *menor elegible* cumpla el límite de edad de 26 años.
 - a. La cobertura puede extenderse más allá del límite de edad para un *menor elegible dependiente* que no es capaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a su retardo mental, o discapacidad física, y principalmente depende de *usted* para apoyo y mantenimiento.
4. *Usted* obtiene otra cobertura esencial mínima.

Reembolso por cancelación

Nosotros reembolsaremos toda prima pagada y no ganada debido a la terminación de la *póliza*. *Usted* puede cancelar la *póliza* en cualquier momento mediante aviso escrito, entregado o enviado por correo al Mercado o visitando www.healthcare.gov en <https://www.healthcare.gov/keep-or-change-plan/>, o si es un *afiliado* que no es parte del “Exchange” (intercambio) puede cancelar por aviso escrito entregado o enviado por correo a *nosotros*. Tal cancelación entrará en vigencia al recibirse, o en una fecha posterior especificada en el aviso. Si *usted cancela*, *nosotros* inmediatamente devolveremos cualquier porción sin usar de la prima pagada, pero en cualquier caso devolveremos la porción sin usar de la prima dentro de 30 días. La prima usada será calculada en base proporcional. La cancelación no perjudicará cualquier reclamación que se haya originado antes de la fecha efectiva de cancelación.

Discontinuación

Aviso de 90 días: Si *nosotros* discontinuamos ofreciendo y decidimos no renovar todos los *contratos* emitidos en este formulario, con el mismo tipo y nivel de beneficios, para todos los residentes del estado donde *usted vive*, *nosotros* le enviaremos a *usted* un aviso por escrito al menos 90 días antes de la fecha que *nosotros* discontinuemos la cobertura. A *usted* se le ofrecerá la opción de comprar cualquier otra cobertura en el mercado individual que *nosotros* ofrecemos en su estado al momento de la discontinuación de este *contrato*. Esta opción para comprar otra cobertura está disponible basada en una extensión garantizada sin tener en cuenta el estado de salud.

Aviso de 180 días: Si *nosotros* discontinuamos ofreciendo y decidimos no renovar todos los *contratos* individuales en el mercado individual en el estado donde *usted vive*, *nosotros* le enviaremos a *usted* y al Comisionado de Seguros un aviso por escrito al menos 180 días antes de la fecha que *nosotros* dejemos de ofrecer y terminemos con todos los *contratos* individuales existentes en el mercado individual en el estado donde *usted vive*.

Transferencia de cobertura

Si una persona deja de ser un *afiliado* debido a que esa persona ya no cumple con la definición de *afiliado dependiente* bajo el *contrato*, esa persona será elegible para continuación de cobertura. Si nos selecciona, *nosotros* continuaremos con la cobertura de esa persona bajo el *contrato* emitiendo una póliza individual. La prima aplicable a la nueva póliza se determinará en base a la *residencia* de la persona que continuará con la cobertura. Todos los otros términos y condiciones de la nueva póliza, como se apliquen a esa persona, serán los mismos que en este *contrato*, sujetos a cualquier requisito aplicable del estado donde esa persona reside. Cualquier *cantidad deducible* y límites máximos de beneficio se cumplirán bajo el nuevo contrato en la extensión cumplida bajo este *contrato* al momento que se emite la continuación de cobertura. (Si la cobertura original contiene un *deducible* familiar que debe cumplirse por todos los *afiliados* combinados, únicamente aquellos gastos incurridos por el *afiliado* que continua con la cobertura bajo el nuevo contrato se aplicarán hacia el cumplimiento de la *cantidad deducible* bajo el nuevo contrato.)

Si la cobertura del *afiliado* termina debido a cambio en el estado marital, a *usted* se le puede proporcionar la cobertura que más se aproxime a la cobertura de la póliza que estaba en efecto antes del cambio de estado marital.

Requisitos de notificación

Es su responsabilidad o la de su *afiliado dependiente* anterior notificarnos dentro de los 31 días de su divorcio legal o del matrimonio de su *afiliado dependiente*. *Usted* debe notificarnos de la dirección a donde deberá emitirse la continuación de cobertura de él/ella.

Restablecimiento

Para cobertura comprada fuera del Mercado de Seguros de Salud, si su *contrato* vence debido a falta de pago de la prima, se puede restablecer, siempre que:

1. *Nosotros* recibamos de *usted* una solicitud por escrito para restablecimiento dentro de un año después de la fecha que la cobertura venció; y
2. La solicitud por escrito para restablecimiento está acompañada con el pago requerido de la prima.

Para cobertura comprada a través del Mercado de Seguros de Salud, el Mercado de Seguros de Salud deberá ser contactado para el restablecimiento.

La prima aceptada para el restablecimiento puede ser aplicada a un período durante el cual no se había pagado prima. El período por el cual se pueden requerir primas retrasadas no comenzará más de 60 días antes de la fecha de restablecimiento.

Las rescisiones de anulación aplicarán a las declaraciones hechas en la solicitud de restablecimiento, basadas en la fecha de restablecimiento.

Se pueden realizar cambios en su *contrato* con respecto al restablecimiento. Estos cambios se le enviarán a *usted* para que *usted* los adjunte a su *contrato*. En todos los demás aspectos, *usted* y *nosotros* tendremos los mismos derechos que antes de que su *contrato* venciera.

Beneficios después que termina la cobertura

Se proporcionan beneficios por *gastos por servicios cubiertos* incurridos después que un *afiliado* deja de estar cubierto por ciertas *enfermedades y lesiones*. Sin embargo, los beneficios no se proporcionan si este *contrato* se termina porque:

1. *Usted* lo solicita;
2. Fraude o tergiversación de material de su parte; o

3. *Usted* no paga sus primas.

La *enfermedad* o *lesión* debe causar un período de pérdida prolongada. El período de pérdida prolongada debe comenzar antes de que la cobertura del *afiliado* termine bajo este *contrato*. Los beneficios no son proporcionados para *gastos por servicios cubiertos* incurridos después de que termine el período de pérdida prolongada.

Además de lo anterior, si este *contrato* es terminado debido a que *nosotros* rechazamos renovar todos los *contratos* emitidos en esta forma, con el mismo tipo y nivel de beneficios, para los residentes del estado donde *usted* vive, la terminación de este *contrato* no perjudicará un reclamo por una pérdida continua que comienza antes de que la cobertura del *afiliado* termine bajo este *contrato*. En este caso, los beneficios serán prolongados para esa *enfermedad* o *lesión* que causa la *pérdida continua*, pero no más allá de:

1. La fecha que la *pérdida continua* termine; o
2. 12 meses después que la fecha de renovación se decline.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como se usa aquí, el término “*terceros*” significa cualquier parte que es, o puede ser, o se afirma que es responsable de la *enfermedad* o *lesiones* de un *afiliado*. Dichas *lesiones* o *enfermedad* son *referidas* como “*lesiones por terceros*”. *Terceros* incluye cualquier parte actual, posible o potencialmente responsable del pago de gastos asociados con el cuidado o tratamiento de las *lesiones por terceros*, en la medida permitida por la ley de Texas.

Si una *enfermedad* o *lesión del afiliado* es causada por actos u omisiones de terceros, *nosotros* no cubriremos una *pérdida* en la medida que ésta sea pagada como parte de un acuerdo o resolución por cualquier *tercero*.

Si este plan proporciona beneficios bajo este *contrato* para un *afiliado* por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros*, en ese caso Celtic retiene el derecho de ser reembolsado por el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan en nombre del *afiliado* que están asociados con las *lesiones por terceros*. Los derechos de Celtic de recuperar aplican a cualquier recuperación realizada por o en nombre del *afiliado* de cualquier recurso, inclusive, pero sin limitarse a:

1. Pagos realizados por un *tercero* o por cualquier compañía de seguros en nombre del *tercero*;
2. Cualquier pago o recompensa bajo una póliza de cobertura de motorista sin seguro o seguro insuficiente, si el *afiliado* o la *familia inmediata del afiliado* no pagó las primas por la cobertura;
3. Cualquier compensación laboral, o recompensa por discapacidad, o acuerdo;
4. Cobertura de pagos médicos bajo cualquier póliza automovilística, cobertura de pagos médicos por instalaciones o propietarios, o cobertura de seguro de instalaciones o propietarios; y
5. Cualquier otro pago de una fuente destinada a compensar a un *afiliado* por *lesiones por terceros*.

Al aceptar los beneficios bajo este plan, el *afiliado* específicamente reconoce el derecho de subrogación de Celtic. Cuando este plan proporciona beneficios de atención médica por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros*, el plan se subrogará en los derechos del *afiliado* de recuperar contra cualquier parte en la medida del costo completo de todos los beneficios proporcionados por este plan, en la medida permitida por la ley de Texas. Celtic puede proceder contra cualquier parte con o sin consentimiento del *afiliado*.

Al aceptar los beneficios bajo este plan, el *afiliado* específicamente también reconoce el derecho de Celtic de ser reembolsado. Este derecho de reembolso se adhiere, en la medida permitida por la ley de Texas, cuando este plan haya proporcionado beneficios de atención médica por gastos incurridos debido a *lesiones por terceros* y el *afiliado* o el representante del *afiliado* hayan recuperado cualquier cantidad de cualquier recurso en la medida permitida por la ley. Al proporcionar cualquier beneficio bajo este plan, a Celtic se le concede una asignación de los activos de cualquier solución, decisión u otro pago recibido por *usted* en la medida por el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan. El derecho de reembolso de Celtic es acumulativo con y no exclusivo del derecho de subrogación del plan, y Celtic puede seleccionar ejercer cualquiera o ambos derechos de recuperación.

Como condición para *nuestro* pago, el *afiliado* o cualquier persona actuando en su nombre (inclusive, pero sin limitarse a, el tutor, representantes legales, patrimonio, o herederos) acuerda:

1. Cooperar completamente con *nosotros* para obtener información sobre la *pérdida* y su causa.

2. *Informarnos* inmediatamente por escrito de cualquier reclamo realizado o demanda presentada en nombre de un *afiliado* en relación con la *pérdida*.
3. Incluir la cantidad de beneficios pagados por *nosotros* en nombre de un *afiliado* en cualquier reclamo realizado contra cualquier *tercero*.
4. Que *nosotros*:
 - a. Tendremos un derecho de retención de todo dinero recibido por un *afiliado* en relación con la *pérdida* por la cual *nosotros* hayamos proporcionado o pagado en la medida permitida por la ley de Texas.
 - b. Podríamos dar aviso de que existe derecho de retención a cualquier agente o representante de *tercero* o *tercera parte*.
 - c. Tendremos el derecho a intervenir en cualquier demanda o acción legal para proteger *nuestros* derechos.
 - d. Tenemos la subrogación de todos los derechos del *afiliado* contra cualquier *tercero* en la medida permitida por la ley de Texas de los beneficios pagados en nombre del *afiliado*.
 - e. Podemos hacer valer ese derecho de subrogación independientemente del *afiliado*.
5. No tomar acciones que perjudiquen *nuestro* reembolso y derechos de subrogación. Esto incluye pero no se limita a, abstenerse de hacer cualquier acuerdo o recuperación el cual específicamente intenta reducir o excluir el costo total de todos los beneficios proporcionados por este plan en la medida permitida por la ley de Texas.
6. Firmar, fechar, y *entregarnos* todo documento que *solicitemos* que proteja *nuestro* reembolso y derechos de subrogación.
7. No resolver ningún reclamo o demanda contra terceros sin *proporcionarnos* una notificación por escrito dentro de 30 días previos a la resolución.
8. *Reembolsarnos* cualquier dinero recibido de cualquier *tercero*, en la medida permitida por la ley de Texas por beneficios que *nosotros* pagamos por la *lesión por terceros*, si se obtuvo por acuerdo, resolución, o de otra manera, y si el pago de *terceros* está designado expresamente como un pago por gastos médicos o no está designado expresamente como un pago por gastos médicos.
9. *Nosotros* podemos reducir otros beneficios bajo el contrato por las cantidades que un *afiliado* haya acordado reembolsarnos.

Nosotros tenemos el derecho a ser reembolsados en su totalidad independientemente de si el *afiliado* es totalmente compensado o no por cualquier recuperación recibida de algún *tercero* por acuerdo, resolución, o de otra manera.

En el caso de una recuperación de terceros, *nosotros* *pagaremos* los honorarios del abogado o costos asociados con el reclamo del *afiliado* o demanda, únicamente en la medida requerida por la ley de Texas a menos que se acuerde de otra manera.

Si surge una disputa por la cantidad que un *afiliado* debe *reembolsarnos*, el *afiliado* (o el tutor, representantes legales, patrimonio, o herederos del *afiliado*) acepta colocar suficientes fondos en una cuenta de garantía o fideicomiso para satisfacer la cantidad de retención máxima declarada por *nosotros* hasta que se resuelva la disputa.

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO CON OTROS BENEFICIOS

La provisión de Coordinación de beneficios (COB, siglas en inglés), aplica cuando una persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Plan se define más abajo.

El orden de las normas de determinación de beneficios rige el orden en que cada plan pagará un reclamo por beneficios. El plan que paga primero se llama plan primario. El plan primario debe pagar beneficios de acuerdo con sus términos de la póliza sin tomar en cuenta la posibilidad que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el plan secundario. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga de manera que los pagos de todos los planes equivalgan al 100 por ciento del total de gastos permitidos.

DEFINICIONES

- (a) Un "plan" es cualquiera de los siguientes que proporcione beneficios o servicios para cuidado o tratamiento médico o dental. Si se usan contratos separados para proporcionar cobertura coordinada para los afiliados de un grupo, los contratos separados se consideran parte del mismo plan y no hay COB entre esos contratos separados.
- (1) El plan incluye: pólizas de seguros contra accidente y de salud, grupal, global, o de franquicia, excepto cobertura de protección de ingresos por discapacidad; evidencia de cobertura de organización para el mantenimiento de la salud grupal e individual; pólizas individuales de seguro de salud y accidente; planes de beneficio individual y grupal de proveedor preferido y *planes de beneficio de proveedor exclusivo*; contratos de seguro grupal, contratos de seguro individual y contratos de suscriptor que pagan o reembolsan por el costo de cuidado dental; componentes de atención médica de contratos de cuidado a largo plazo individual y grupal; cobertura de beneficios limitados que no es emitida para suplementar pólizas vigentes individuales o grupales; acuerdos no asegurados de cobertura grupal o de tipo grupal; la cobertura de beneficios médicos en contratos de seguro de automóviles; y beneficios de Medicare u otras agencias gubernamentales, según lo permitido por la ley.
- (2) El plan no incluye: cobertura de protección de ingresos por discapacidad; Texas Health Insurance Pool; cobertura de Seguro de compensación del trabajador; cobertura de compensación por confinamiento en *hospital* u otra cobertura de compensación establecida; cobertura de enfermedad especificada; cobertura de beneficio suplementario; cobertura sólo por accidente; cobertura por accidente especificado; cobertura tipo accidente escolar que cubre a estudiantes sólo por accidentes, inclusive *lesiones* atléticas, ya sea en base a "24 horas" o de "ida y vuelta de la escuela"; los beneficios proporcionados en contratos de seguro de cuidado a largo plazo para servicios no médicos, por ejemplo, cuidado personal, cuidado diurno para adultos, servicios de ama de casa, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, cuidado de relevo, y *cuidado supervisado* o por contratos que pagan un beneficio diario establecido sin relación a gastos incurridos o la recepción de servicios; pólizas suplementarias de Medicare; un plan estatal bajo Medicaid; un plan gubernamental que por ley proporciona beneficios que exceden a aquellos de cualquier plan de seguro privado; u otro plan no gubernamental; o una póliza de seguro de salud y accidente individual que está diseñada para integrarse plenamente con otras pólizas a través de un *deducible* variable.

Cada contrato para cobertura bajo (a)(1) o (a)(2) es un plan separado. Si un plan tiene dos partes y las normas de COB aplican sólo a una de las dos, cada una de las partes es tratada como un plan separado.

"Este plan" significa, en una provisión de COB, la parte del *contrato* que proporciona los beneficios de atención médica para la cual la provisión de COB aplica y la cual puede ser reducida debido a los beneficios de *otros planes*. Cualquier otra parte del *contrato* que proporciona servicios de atención médica está separada de este plan. Un *contrato* puede aplicar a una provisión de COB para ciertos beneficios, tales

como beneficios dentales, coordinación únicamente con beneficios similares, y puede aplicar a otras provisiones COB separadas para coordinar otros beneficios.

El orden de las normas de determinación de beneficios determina si este plan es un plan primario o un plan secundario cuando la persona tiene cobertura de atención médica bajo más de un plan. Cuando este plan es primario, éste determina pago por sus beneficios primero antes que para aquellos de cualquier *otro plan* sin considerar ningún otro beneficio del plan. Cuando este plan es secundario, éste determina sus beneficios después de aquellos de otro plan y puede reducir los beneficios que paga de manera que todos los beneficios del plan sean igual al 100 por ciento del total de gastos autorizados.

(b) "Gasto permitido" es un gasto de atención médica, inclusive *deducibles*, *coaseguro*, y *copagos*, que está cubierto al menos en parte por cualquier plan de cobertura de la persona. Cuando un plan proporciona beneficios en la forma de servicios, el valor en efectivo razonable de cada servicio será considerado un gasto permitido y un beneficio pagado. Un gasto que no está cubierto por ningún plan de cobertura de la persona 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, tiene prohibido cobrar a un afiliado cubierto 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 proporcione cobertura para gastos de *habitación* en *hospital* privada.
- (2) Si una persona está cubierta por dos o más planes que no han negociado honorarios y calculan sus pagos de beneficios basándose en los honorarios usuales y acostumbrados, las *cantidades autorizadas*, o la metodología de reembolso del programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, cualquier cantidad en exceso de la cantidad de reembolso más alta para un beneficio específico no es un gasto permitido.
- (3) Si una persona está cubierta por dos o más planes que proporcionan beneficios o servicios en base a honorarios negociados, una cantidad en exceso de la más alta de los honorarios negociados no es un gasto permitido.
- (4) Si una persona está cubierta por un plan que no ha negociado honorarios y que calcula sus beneficios o servicios basándose en honorarios usuales y acostumbrados, *cantidades autorizadas*, metodología de reembolso de programa de valor relativo, u otra metodología de reembolso similar, y otro plan que proporciona sus beneficios o servicios basándose en honorarios negociados, el arreglo de pago del plan primario debe ser el gasto permitido para todos los planes. Sin embargo, si el *proveedor* de atención médica o *médico* tiene contrato con el plan secundario para proporcionar el beneficio o servicio por un honorario negociado específico o una cantidad de pago que es diferente al arreglo de pago del plan primario, y si el contrato del *proveedor* de atención médica o *médico* lo permite, el honorario o pago negociado debe ser un gasto permitido usado por el plan secundario para determinar sus beneficios.
- (5) La cantidad de cualquier reducción de beneficios por el plan primario porque un *afiliado* cubierto no ha cumplido con las provisiones del plan no es un gasto permitido. Ejemplos de estos tipos de provisiones del plan incluyen segundas opiniones quirúrgicas, *autorización previa* de admisiones, y arreglos con el *médico* y *proveedor* de atención médica preferidos.

- (6) Cuando un afiliado también es un beneficiario de Medicare, y Medicare es primario, la cantidad autorizada, es la *cantidad autorizada* de Medicare.
- (c) "Cantidad permitida" es la cantidad de un cargo facturado que una compañía de seguros determina a ser cubierta por servicios proporcionados por un *proveedor* de atención médica o *médico* no preferido. La cantidad permitida incluye el pago de la compañía de seguros y cualquier cantidad *deducible*, *copago*, o *coaseguro* aplicable por el cual el *afiliado* es responsable.
- (d) "Plan de panel cerrado" es un plan que proporciona beneficios de atención médica para afiliados cubiertos principalmente en la forma de servicios a través de un panel de *proveedores* y *médicos* de atención médica que tienen contrato con o son empleados por el plan, y que excluye la cobertura por servicios proporcionados por otros proveedores de atención médica y médicos, excepto en casos de emergencia o referencia por un miembro del panel.
- (e) "Padre con custodia" es el padre con el derecho para designar la *residencia* primaria de un niño por una orden de tribunal bajo el Código de Familia de Texas, u otra ley aplicable, o en ausencia de una orden de tribunal, es el padre con quien el niño reside más de la mitad del año de calendario, excluyendo cualquier visita temporal.

ORDEN DE LAS NORMAS DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando una persona está cubierta por dos o más planes, las normas para determinar el orden de pagos de beneficios es el siguiente:

- (a) El plan primario paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin relación con los beneficios bajo *otro* plan.
- (b) Excepto como se estipula en (c), un plan que no contiene una provisión de COB que sea consistente con esta póliza es siempre primario a menos que las provisiones de ambos planes establezcan que el plan de cumplimiento es primario.
- (c) La cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñado para suplementar una parte de un paquete de beneficios básicos, y estipula que esta cobertura suplementaria debe exceder a cualquier otra parte del plan proporcionado por el titular del *contrato*. Ejemplos de estos tipos de situaciones son coberturas médicas mayores que están superpuestas sobre los beneficios quirúrgicos y *hospitalarios* del plan base, y las coberturas del tipo de seguro que están escritas en relación con un plan de panel cerrado para proporcionar beneficios fuera de la red.
- (d) Un plan puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro plan al calcular pago de sus beneficios sólo cuando éste es secundario a ese *otro* plan.
- (e) Si el plan primario es un plan de panel cerrado y el plan secundario no lo es, el plan secundario debe pagar o proporcionar beneficios como si fuere el plan primario cuando un *afiliado* cubierto usa un *proveedor* de atención médica o *médico* no contratado, excepto por servicios de emergencia o referencias *autorizadas* que son pagadas o proporcionadas por el plan primario.
- (f) Cuando múltiples contratos proporcionan cobertura coordinada son tratados como un solo plan bajo este subcapítulo, esta sección aplica sólo al plan como un todo, y la coordinación entre los contratos componentes es regida por los términos de los contratos. Si más de una compañía de seguros paga o

proporciona beneficios bajo el plan, la compañía de seguros designada como primaria dentro del plan debe ser responsable por el cumplimiento del plan con este subcapítulo.

(g) Si una persona está cubierta por más de un plan secundario, el orden de las normas de determinación de beneficios de este subcapítulo decide el orden en el cual los beneficios de los planes secundarios son determinados en relación entre sí. Cada plan secundario debe tomar en consideración los beneficios del plan primario o planes y beneficios de cualquier *otro* plan que, bajo las normas de este *contrato*, tiene sus beneficios determinados antes de aquellos de ese plan secundario.

(h) Cada plan determina su orden de beneficios usando la primera de las siguientes normas que aplique.

(1) Dependiente o no dependiente. El plan que cubre a la persona de otra forma que no es como un dependiente, por ejemplo como un empleado, afiliado, asegurado, suscriptor, o jubilado, es el plan primario, y el plan que cubre a la persona como un dependiente es el plan secundario. Sin embargo, si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario al plan que cubre a la persona como un dependiente, y primario para el plan que cubre a la persona en otra forma que no es un dependiente, entonces el orden de beneficios entre los dos planes se invierte de manera que el plan que cubre a la persona como un empleado, afiliado, asegurado, suscriptor, o jubilado es el plan secundario y el otro plan es el plan primario. Un ejemplo incluye un empleado jubilado.

(2) Hijo dependiente cubierto bajo más de un plan. A menos que haya una orden judicial que indique lo contrario, los planes que cubren a un hijo dependiente deben determinar el orden de beneficios usando las siguientes normas que apliquen.

(A) Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:

- (i) El plan del padre cuya fecha de cumpleaños ocurre primero en el año de calendario es el plan primario; o
- (ii) Si ambos padres tiene la misma fecha de cumpleaños, el plan que ha cubierto al padre durante más tiempo, es el plan primario.

(B) Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados, separados, o no viven juntos, independientemente si alguna vez han estado casados:

- (i) Si un tribunal establece que uno de los padres es el responsable por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo y el plan de ese padre conoce actualmente esos términos, ese es el plan primario. Si el padre con responsabilidad no tiene cobertura de atención médica para los gastos de atención médica del menor dependiente, y el *cónyuge tiene*, en ese caso el plan del *cónyuge* es el plan primario. Esta norma aplica a los años del plan que comenzaron después que al plan se le notifica el decreto del tribunal.
- (ii) Si un tribunal establece que ambos padres son responsables por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, las provisiones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
- (iii) Si un tribunal establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene responsabilidad por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, las provisiones de (h)(2)(A) deben determinar el orden de beneficios.
- (iv) Si no hay orden de tribunal designando responsabilidad por los gastos de atención médica o cobertura de salud del hijo dependiente, el orden de beneficios para el hijo es el siguiente:
 - (I) El plan que cubre es el del padre que tiene la custodia;
 - (II) El plan que cubre al *cónyuge* del padre que tiene la custodia;

- (III) El plan que cubre al padre que no tiene la custodia; luego
 - (IV) El plan que cubre al *cónyuge* del padre que no tiene la custodia.
- (C) Para un menor dependiente cubierto bajo más de un plan de individuos que no son los padres del menor, las provisiones de (h)(2)(A) o (h)(2)(B) deben determinar el orden de beneficios como si estos individuos fueran los padres del menor.
- (D) Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo cualquiera o ambos planes de los padres, y tiene su propia cobertura como un dependiente bajo el plan del *cónyuge*, (h)(5) aplica.
- (E) En el caso que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan del *cónyuge* comenzó en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo uno o ambos planes de los padres, el orden de beneficios debe ser determinado aplicando la norma de la fecha del cumpleaños en (h)(2)(A) para el padre del hijo dependiente y para el *cónyuge* del dependiente.
- (3) Empleado activo, jubilado, o despedido. El plan que cubre a una persona como empleado activo, es decir un empleado que no está despedido, ni jubilado, es el plan primario. El plan que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el plan secundario. Lo mismo sucedería si una persona es un dependiente de un empleado activo y esa misma persona es un dependiente de un empleado jubilado o despedido. Si el plan que cubre a la misma persona como un empleado jubilado o despedido, o como un dependiente de un empleado jubilado o despedido no tiene esta norma, y como resultado, el plan no acepta el orden de beneficios, esta norma no aplica. Esta norma no aplica si (h)(1) puede determinar el orden de beneficios.
- (4) COBRA o Continuación de cobertura por el estado. Si una persona cuya cobertura es proporcionada bajo COBRA o bajo un derecho de continuación proporcionado por el estado u otra ley federal, está cubierto bajo otro plan, el plan que cubre a la persona como un empleado, afiliado, suscriptor, o jubilado o cubre a la persona como un dependiente de un empleado, afiliado, suscriptor, o jubilado es el plan primario, y COBRA, u otra continuación de cobertura estatal o federal es el plan secundario. Si el otro plan no tiene esta norma, y como resultado, el plan no acepta el orden de beneficios, esta norma no aplica. Esta norma no aplica si (h)(1) puede determinar el orden de beneficios.
- (5) La cobertura de mayor o menor duración. El plan que ha cubierto a la persona por el período de tiempo más prolongado es el plan primario, y el plan que ha cubierto a la persona por el período de tiempo más corto es el plan secundario.
- (6) Si las normas precedentes no determinan el orden de beneficios, los gastos permitidos deben ser compartidos por igual entre los planes que cumplan con la definición de plan. Además, este plan no pagará más que lo que hubiera pagado si fuera el plan primario.

EFFECTO EN LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

- (a) Cuando este plan es secundario, podría reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no sean más que el total de gastos permitidos. Para determinar la cantidad a ser pagada por cualquier reclamación, el plan secundario calculará los beneficios que debería haber pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica y aplicará esa cantidad calculada a cualquier gasto permitido bajo este plan que no esté pagado por el plan primario. El plan secundario podría entonces reducir su pago por la cantidad para que, cuando se combine con la cantidad pagada por el plan primario, el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los

planes por el reclamo sea igual al 100 por ciento del total de gastos permitidos para ese reclamo. Además, el plan secundario debe abonar a su *deducible* del plan cualquier cantidad que éste podría haber abonado a su deducible en ausencia de otra cobertura de atención médica.

- (b) Cuando un *afiliado* es también un beneficiario de Medicare, este plan es secundario. En ese caso, el gasto autorizado es reducido para reflejar la *cantidad autorizada* por Medicare. En ningún momento deberá la *cantidad autorizada* de este plan exceder lo que el plan debería pagar si fuera el plan primario. Los *afiliados* ya no pueden ser elegibles para recibir un subsidio de prima para el plan del Mercado de Seguros de Salud una vez la cobertura de Medicare entre en vigencia.
- (c) Si una persona cubierta está afiliada a dos o más planes de panel cerrado y si, por cualquier razón, incluye la provisión de servicio por un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagaderos por un plan de panel cerrado, COB no debe aplicar entre ese plan y otros planes de panel cerrado.

CUMPLIMIENTO CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES RESPECTO A LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Ciertos hechos sobre los servicios y cobertura de la atención médica se necesitan aplicar a estas normas de COB y para determinar los beneficios pagaderos bajo éste y otros planes. Este plan cumplirá con las leyes federales y estatales respecto a la información confidencial con el fin de aplicar estas normas y determinar los beneficios pagaderos bajo este plan y otros planes que cubren los beneficios que la persona reclama. Cada persona que reclama beneficios bajo este plan debe proporcionar al plan cualquier información necesaria para aplicar estas normas y determinar beneficios.

FACILIDAD DE PAGO

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada bajo este plan. De ser así, este plan podría pagar la cantidad a la organización que realizó ese pago. Esa cantidad entonces será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este plan. Este plan no tendrá que pagar esa cantidad otra vez. El término "pago realizado" incluye proporcionar beneficios en la forma de servicios, en cuyo caso "pago realizado" significa el valor efectivo razonable de los beneficios proporcionados en la forma de servicios.

DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si la cantidad de pagos realizados por este plan es más de lo que debería haber pagado bajo esta provisión de COB, éste puede recuperar el exceso de una o más de las personas a quien se le haya pagado o para quien haya pagado, o cualquier otra persona u organización que pueda ser responsable por los beneficios o servicios proporcionados para el afiliado cubierto. La "cantidad de los pagos realizados" incluye el valor en efectivo razonable de cualquier beneficio proporcionado en la forma de servicios.

REEMBOLSO DE RECLAMACIÓN DEL AFILIADO

Aviso de reclamación

Nosotros debemos recibir una solicitud para reembolso a través de la recepción de una reclamación dentro de 90 días de la fecha de servicio.

Formularios de reclamación

La compañía de seguros al recibir un aviso de reclamación, proporcionará al reclamante los formularios usualmente proporcionados por la compañía de seguros para presentar *prueba de pérdida*. Si los formularios no se proporcionan antes del día 16 después de la fecha del aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza como *prueba de pérdida* en presentarlo, dentro del tiempo establecido en la póliza para presentar prueba de pérdida, prueba escrita que cubre la ocurrencia, el carácter, y la extensión de la pérdida por la cual se hace la reclamación.

Prueba de pérdida

Para una reclamación por pérdida por la cual esta póliza proporciona cualquier pago periódico supeditado a la pérdida continuada, una *prueba de pérdida* por escrito debe proporcionarse a la compañía de seguros en la oficina designada por la compañía de seguros antes del día 91 después de terminarse el período por el cual la compañía de seguros es responsable. Para una reclamación por cualquier otra pérdida, debe proporcionarse una *prueba de pérdida* por escrito a la compañía de seguros en la oficina designada por la compañía de seguros antes del día 91 después de la fecha de la pérdida. El hecho de no presentar la prueba dentro del tiempo requerido no invalida o reduce ninguna reclamación si no fue razonablemente posible proporcionar la prueba dentro del tiempo requerido. En ese caso, la prueba debe proporcionarse tan pronto como sea razonablemente posible pero no más tarde que un año después del tiempo que la prueba es requerida, excepto en el caso de incapacidad legal.

Tiempo de pago de las reclamaciones

Las indemnizaciones pagaderas bajo esta póliza por cualquier pérdida, diferente a la pérdida por la cual esta póliza proporciona algún pago periódico, se pagarán inmediatamente al recibir la debida prueba de la pérdida por escrito. Sujeto a la debida *prueba de la pérdida* por escrito, toda indemnización, todas las indemnizaciones acumuladas por una pérdida para la cual esta póliza proporciona pago periódico, será pagada mensualmente y cualquier saldo que permanezca sin pago en la terminación de la responsabilidad será pagado inmediatamente al recibir la debida *prueba de la pérdida* por escrito.

Pago por reclamaciones

La indemnización por pérdida de vida será pagadera de acuerdo con la designación de los beneficiarios y las provisiones referentes a los pagos de indemnización que puedan estar estipuladas en esta póliza y en efecto al momento del pago. Si dicha designación o provisión no está en efecto, la indemnización será pagadera al patrimonio del *afiliado*. Cualquier otra indemnización acumulada no pagada al fallecimiento del *afiliado*, a opción de la compañía de seguros, será pagada ya sea de acuerdo con la designación del beneficiario o al patrimonio del *afiliado*. Todas las otras indemnizaciones serán pagaderas al *afiliado*.

Todos los beneficios pagaderos bajo esta póliza en nombre de un *afiliado* dependiente quien está asegurado por esta póliza por la cual los beneficios para asistencia financiera y médica están siendo proporcionados por Servicios Humanos y de Salud de Texas serán pagados para dicho departamento siempre que:

1. Servicios Humanos y de Salud de Texas paga beneficios bajo el Capítulo 31 o Capítulo 32 del Código de Recursos Humanos, es decir programas de servicio de asistencia financiera y médicos administrados en cumplimiento con el Código de Recursos Humanos;

2. El padre que compró la póliza individual tiene posesión o acceso al menor en cumplimiento con una orden de tribunal, o no tiene derecho a acceso o posesión del menor y es requerido por el tribunal que pague manutención infantil; y
3. La compañía de seguros o la compañía de servicio hospitalario sin fines de lucro grupal debe recibir en su oficina central, aviso por escrito adjunto a la reclamación de seguro cuando la reclamación se presenta primero, y el aviso debe estipular que todos los beneficios pagados en cumplimiento con esta sección deben pagarse directamente a Servicios Humanos y de Salud de Texas.

Reclamos extranjeros incurridos por cuidado de emergencia

Los reclamos incurridos fuera de los Estados Unidos por cuidado y tratamiento de *emergencia* de un *afiliado* deben presentarse en inglés o con traducción al inglés. Los reclamos extranjeros también deben incluir los expedientes médicos aplicables en inglés para mostrar la *prueba* correcta *de pérdida* y evidencia de pago para el proveedor.

Sin asignación

La cobertura, los derechos, privilegios y beneficios proporcionados bajo este *contrato* no son asignables por *usted* ni por nadie que actúe en *su* nombre, excepto a un médico u otro proveedor de atención médica. Cualquier asignación o pretendida asignación de cobertura, derechos, privilegios y beneficios proporcionados bajo este *contrato* que *usted* puede proporcionar o ejecutar en favor de cualquier *hospital* o de cualquier otra persona, o entidad aparte de un *médico* u otro *proveedor de atención médica* se considerará nula y sin valor, y no impondrá ninguna obligación sobre *nosotros*.

Sin beneficiarios terceros

Este *contrato* no pretende, ni tampoco, crea u otorga ningún derecho en favor de ningún *tercero*, inclusive pero sin limitarse a cualquier *hospital*, *proveedor* o médico que *le* proporcione servicios a *usted*, y este *contrato* no deberá interpretarse como que brinda ningún derecho de beneficiarios terceros.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN

Proceso de queja

“*Queja*” significa cualquier insatisfacción expresada por *usted* oralmente o por escrito ante *nosotros* con cualquier aspecto de *nuestra* operación, inclusive pero sin limitarse a: insatisfacción con la administración del plan, procedimientos relacionados con la revisión o *apelación* de una *determinación adversa*; la negación, reducción, o terminación de un servicio por razones no relacionadas con necesidad médica; la forma en que se proporciona un servicio; o decisiones de desafiliación. Un *afiliado* tiene 180 días desde la fecha del incidente para presentar una *apelación*. Las *quejas* se consideran estándar a menos que sean con respecto a una emergencia o negación de estadía por hospitalización continuada, en cuyo caso se considerarán aceleradas.

Si *usted nos* notifica oralmente o por escrito de una *queja*, *nosotros*, a más tardar cinco días laborables después de la fecha de recepción de la *queja*, le enviaremos a *usted* una carta de acuse de recibo de la fecha que *recibamos su queja*. Si la *queja* se recibió oralmente, *nosotros* incluiremos un formulario de queja de una página para que la llene y *nos* la devuelva para la pronta resolución de la *queja*.

Después de recibir de *usted* la *queja* escrita u oral, *nosotros* investigaremos y le enviaremos a *usted* una carta con nuestra resolución. El tiempo total de acuse de recibo, investigación y resolución de una *queja* estándar no excederá los treinta (30) días de calendario después de la fecha que *nosotros* recibamos *su queja*.

Para las *quejas orales* recibidas y no confirmadas por escrito, *nosotros* investigaremos el problema como mejor práctica y le comunicaremos los hallazgos verbalmente.

Una *queja* acelerada con respecto a una emergencia o negación de estadía por hospitalización continuada será resuelta en un día laborable de la recepción de *su queja*. La investigación y resolución deberá concluirse de acuerdo con la urgencia médica del caso y le enviaremos una carta con nuestra resolución dentro de tres (3) días laborables.

Usted puede usar el proceso de apelación para resolver una disputa con respecto a la resolución de *su queja*.

Apelaciones de quejas ante el Plan

1. Si la *queja* no se resuelve a *su* satisfacción, *usted* tiene el derecho de presentarse personalmente ante el panel de apelación de quejas donde *usted* normalmente recibe los servicios de atención médica, a menos que *usted* acepte acudir a otra dirección; o enviar una queja por escrito al panel de apelación de quejas. *Nosotros* completaremos el proceso de apelaciones a más tardar el día treinta (30) de calendario después de la fecha que se recibe la solicitud de *apelación*.
2. *Nosotros* le enviaremos a *usted* una carta de acuse de recibo a más tardar el quinto día (5^{to}) después de la fecha que se recibe la solicitud de *apelación*.
3. *Nosotros* nombramos a los miembros del panel de apelación de quejas, quienes *nos* informarán la resolución de la disputa. El panel de apelación de quejas deberá estar formado por un número igual de personas de *nuestro* personal, proveedores y afiliados. Un miembro del panel de apelación de quejas no puede haber estado anteriormente involucrado en la decisión en disputa.
4. A más tardar el quinto (5^{to}) día laborable antes de la reunión programada del panel, a menos que *usted* haya aceptado lo contrario, *nosotros* le proporcionaremos a *usted* o a *su* representante designado:

- a. Toda documentación a ser presentada ante el panel por *nuestro* personal;
 - b. La especialización de cualquier *proveedor(es)* consultado(s) durante la investigación; y
 - c. El nombre y afiliación de cada uno de *nuestros* representantes en el panel.
5. *Usted o su representante designado si usted es un menor o discapacitado, tiene derecho a:*
- a. presentarse personalmente ante el panel de apelación de quejas;
 - b. presentar testimonio alternativo de experto; y
 - c. solicitar la presencia de e interrogar a cualquier persona responsable de haber realizado la determinación anterior que resultó en la *apelación*.
6. La investigación y resolución de apelaciones relacionadas con emergencias en curso o denegación de continuación de estadía en el hospital deberán concluirse de acuerdo con la urgencia médica del caso pero en ningún momento exceder un día laborable después de *su* solicitud de *apelación*.
7. Debido a la emergencia en curso o continuación de estadía en el *hospital*, y a *su* solicitud, *nosotros* proporcionaremos, en lugar de un panel de apelación de quejas, una revisión por un proveedor que no ha revisado previamente el caso y tiene la misma o similar especialidad que típicamente controla el problema médico, el procedimiento o tratamiento en discusión para revisar la *apelación*.
8. El aviso de *nuestra* decisión final de la *apelación* debe incluir una declaración de la determinación médica específica, base clínica y criterios contractuales usados para alcanzar la decisión final.

Apelación de una determinación adversa

Una "*determinación adversa*" es una decisión tomada por *nosotros* o *nuestro* Agente de revisión de la utilización de que los servicios de atención médica proporcionados o que se propone proporcionar a usted no son necesarios o apropiados *desde el punto de vista médico*.

Si usted, su representante designado, o su proveedor oficial no están de acuerdo con la determinación adversa, usted, su representante designado o su proveedor pueden apelar la determinación adversa en forma oral o por escrito.

Para una *apelación* estándar, nosotros daremos acuse de recibo de su apelación dentro de los cinco (5) días laborables después de recibir la apelación por escrito de la *determinación adversa*, *nosotros* o *nuestro* Agente de revisión de la utilización le enviará a *usted, a su representante designado o a su proveedor*, una carta haciendo notar la fecha de recepción de la *apelación*. La carta también incluirá una lista de documentos que *usted, su representante designado o su proveedor* deberán *enviarnos* o a nuestro Agente de revisión de la utilización para la apelación. La *apelación* se resolverá a más tardar treinta (30) días de calendario después de la fecha que *nosotros* o *nuestro* Agente de revisión de la utilización reciba la *apelación*.

Si *usted, su representante designado o su proveedor* oralmente apelan la *determinación adversa*, *nosotros* o *nuestro* Agente de revisión de la utilización le enviará a *usted, su representante designado o su proveedor* un formulario de apelación de una página. No se requiere que *usted* devuelva el formulario completado, pero lo alentamos a que lo haga porque *nos* ayudará a resolver *su apelación*.

Las *apelaciones* aceleradas de *determinaciones adversas* que incluyen emergencias en curso o negación de continuación de estadía en el *hospital* se resolverán a más tardar un (1) día laborable después de la fecha que se recibe toda la información necesaria para completar la *apelación*.

Usted también puede solicitar una *apelación acelerada* para una negación de atención urgente. *Nosotros* responderemos a su *apelación* por atención urgente dentro de los tres (3) días de su solicitud. *Usted* puede solicitar una *apelación* acelerada para atención urgente si:

1. *Usted* piensa que la denegación podría seriamente dañar su vida o salud.
2. Su proveedor piensa que usted experimentará dolor intenso sin la atención o tratamiento denegado.

Revisión externa

Si la *apelación* de la *determinación adversa* es denegada, *usted* o su representante designado tiene el derecho de solicitar una revisión externa de esa decisión. La organización de revisión externa no está afiliada con *nosotros* ni con *nuestro* Agente de revisión de la utilización.

En circunstancias que implican una afección que pone en peligro la vida, *atención médica de emergencia*, *afiliados* hospitalizados, denegación de *medicamentos con receta*, infusiones intravenosas, una denegación de excepción al protocolo de terapia escalonada, *usted*, su representante designado o su proveedor tienen derecho a una revisión externa inmediata sin tener que cumplir con los procedimientos para *apelaciones* internas de *determinaciones adversas*.

Usted o su representante asignado puede solicitar una revisión externa estándar dentro de cuatro (4) meses después de la fecha que *usted* reciba el aviso final de la determinación de *apelación* interna. Su solicitud deberá ser presentada directamente a la organización de revisión externa, y *usted* debe proporcionar la siguiente información: nombre y dirección, número telefónico, dirección de correo electrónico, si la solicitud es urgente o estándar, un Formulario de Designación de Representante completado si alguna persona lo presenta en su nombre, y una descripción breve de la razón por la que *usted* no está de acuerdo con *nuestra* decisión. Cuando la organización de revisión externa complete su revisión y emita su decisión, *nosotros* acataremos la decisión.

El procedimiento de *apelación* descrito arriba no prohíbe que *usted* busque otros desagravios apropiados, inclusive medidas cautelares, sentencia declaratoria, u otro desagravio disponible mediante la ley, si *usted* piensa que el requisito de completar el proceso de *apelación* y revisión pone a su salud en grave peligro.

Presentar quejas ante el Departamento de Seguros de Texas

Cualquier persona, inclusive las personas que han intentado solucionar *quejas* a través de nuestro proceso de sistema de *quejas* y que no están satisfechas con la resolución, pueden informar una supuesta violación al Departamento de Seguros de Texas electrónicamente en www.tdi.texas.gov o por teléfono al 1-800-252-3439.

Usted también puede enviar una copia impresa de su queja al Departamento de Seguros de Texas:

1. **Por correo:** Texas Department of Insurance, Consumer Protection (111-1A), P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9091
2. **Personalmente o por servicio de entrega:** Texas Department of Insurance, Consumer Protection (111-1A), 333 Guadalupe St., Austin, Texas 78701
3. **Por fax:** (512) 490-1007
4. **Por correo electrónico:** ConsumerProtection@tdi.texas.gov

El Comisionado de seguros investigará la queja contra *nosotros* para determinar el cumplimiento dentro de sesenta (60) días después que el Departamento de Seguros de Texas haya recibido la *queja* y toda la información necesaria para que el Departamento determine el cumplimiento. El Comisionado puede extender el tiempo necesario para completar la investigación en el caso de que cualquiera de las siguientes

circunstancias ocurra:

1. se necesita información adicional;
2. es necesaria una revisión en el sitio; o
3. *Usted*, el proveedor, o *nosotros* no proporcionemos todos los documentos necesarios para completar la investigación; u ocurren otras circunstancias fuera del control del Departamento.

Está prohibida la toma de represalias

1. *Nosotros* no tomaremos ninguna represalia contra *usted*, inclusive rehusar la renovación de cobertura, porque usted u otra persona actuando en su nombre haya presentado una *queja* contra *nosotros* o haya apelado una decisión hecha por *nosotros*.
2. *Nosotros* no tomaremos ninguna medida de represalia, inclusive terminar o rehusar la renovación de un contrato, contra un proveedor, porque el proveedor haya presentado de manera razonable una *queja* contra *nosotros*, en *su* nombre, o haya apelado una decisión hecha por *nosotros*.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS AFILIADOS

Estamos comprometidos a:

1. Reconocer y respetar a *usted* como un *afiliado*.
2. Fomentar discusiones abiertas entre *usted*, *su proveedor* y los profesionales médicos.
3. Proporcionar información para ayudar a que *usted* se convierta en un cliente de atención de la salud informado.
4. Proporcionar acceso a los *servicios cubiertos* y a *nuestros proveedores de la red*.
5. Compartir *nuestras* expectativas sobre *usted* como un *afiliado*.
6. Proporcionar cobertura sin tomar en cuenta edad, etnia, raza, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, discapacidad física o mental, o estado de salud o genético esperado.

Usted tiene derecho a:

1. Participar junto con *su proveedor* y los *profesionales médicos* en las decisiones acerca de *su* atención médica. Esto incluye trabajar en cualquiera de los planes de tratamiento y tomar decisiones acerca de la atención médica. *Usted* debe conocer cualquier posible riesgo, problemas relacionados con la recuperación y las probabilidades de éxito. A *usted* no se le proporcionará ningún tratamiento sin que *usted*, o *su* designado legalmente *autorizado* para tomar decisiones hayan dado *su* libre consentimiento. *Usted* debe ser informado acerca de *sus* opciones de atención.
2. Saber quién está aprobando y realizando el procedimiento o tratamiento. Todo el probable tratamiento y la naturaleza del problema deberá ser explicado claramente.
3. Recibir los beneficios por los cuales *usted* tiene cobertura.
4. Ser tratado con respeto y dignidad.
5. Privacidad de *su* información de salud personal, conforme a las leyes estatales y federales, y a *nuestras* pólizas.
6. Recibir información o hacer recomendaciones, incluso cambios acerca de *nuestra* organización y servicios, *nuestra red de proveedores* y profesionales médicos, y *sus* derechos y responsabilidades.
7. Hablar honestamente con *su proveedor* y *profesionales médicos* apropiados sobre la atención adecuada y *necesaria desde el punto de vista médico* para *su* enfermedad, inclusive los usos nuevos de tecnología, independiente de costo o cobertura de beneficios. Esto incluye información de *su proveedor de atención primaria* acerca de lo que puede estar mal (a un nivel conocido), sobre el tratamiento y cualquier posible resultado conocido. *Su proveedor de atención primaria* puede informarle acerca de tratamientos que pueden o no estar cubiertos por el plan, independiente del costo. *Usted* tiene el derecho de saber acerca de cualquier costo que *usted* necesitará pagar. Esto deberá decirse a *usted* en palabras que pueda entender. Cuando por razones médicas no sea apropiado proporcionarle a *usted* esta información, la información puede ser proporcionada a una persona legalmente autorizada. *Su proveedor* pedirá *su* autorización para el tratamiento a menos que sea una emergencia y *su* vida o salud esté en grave peligro.
8. Hacer recomendaciones respecto a la póliza de derechos y obligaciones.
9. Exteriorizar *quejas* acerca sobre: *nuestra* organización, cualquier decisión de beneficio o cobertura que *nosotros* (o *nuestros* administradores designados) tomemos, *su* cobertura, o atención proporcionada.
10. Presentar una *apelación* si no está de acuerdo con ciertas decisiones que *nosotros* hayamos tomado.
11. Rehúsar tratamiento para cualquier afección, *enfermedad* o dolencia sin comprometer el tratamiento futuro, y ser informado por *su(s) proveedor(es)* de las consecuencias médicas.

12. Ver *sus* registros médicos.
13. Que se le mantenga informado acerca de los *servicios cubiertos* y no cubiertos, cambios en el programa, cómo acceder a los servicios, proveedores, información acerca de las instrucciones por anticipado, *autorizaciones*, negación de beneficios, derechos y responsabilidades de los afiliados, y *nuestras* otras reglas y pautas. *Nosotros* le notificaremos a *usted* al menos 60 días antes de la fecha efectiva de las modificaciones. Tales notificaciones incluirán las siguientes:
 - a. Cualquier cambio en los criterios de revisión clínica; y
 - b. Una declaración del efecto de dichos cambios en la responsabilidad personal del *afiliado* por el costo de dichos cambios.
14. Una lista actual de los *proveedores de la red*. *Usted* también puede obtener información acerca de la educación, formación y práctica de sus *proveedores de la red*.
15. Seleccionar un plan de salud o cambiar de plan de salud, dentro de las normas, sin ninguna amenaza o intimidación.
16. Acceso adecuado a profesionales médicos calificados y tratamiento o servicios independientemente de edad, raza, credo, sexo, preferencia sexual, origen nacional o religión.
17. Acceso a servicios de emergencia y urgentes *desde el punto de vista médico* las 24 horas del día, los siete días de la semana.
18. Recibir información en un formato diferente de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, si *usted* tiene una discapacidad.
19. Rehúsar tratamiento en la medida que la ley lo permita. *Usted* es responsable por *sus* acciones si rehúsa tratamiento o si no sigue las instrucciones de su *proveedor de atención primaria*. *Usted* debe discutir todas sus preocupaciones acerca del tratamiento con su *proveedor de atención primaria*. Su *proveedor de atención primaria* puede discutir con *usted* diferentes planes de tratamiento, si hay más de un plan que puede ayudarlo. *Usted* tomará la última decisión.
20. Seleccionar su *proveedor de atención primaria* dentro de la *red*. *Usted* también tiene derecho a cambiar a su *proveedor de atención primaria* o solicitar información sobre *proveedores de la red* cerca de su vivienda o de su trabajo.
21. Saber el nombre y el puesto de trabajo de las personas que le brindan atención. *Usted* también tiene el derecho de saber cuál *proveedor* es su *proveedor de atención primaria*.
22. Un intérprete cuando *usted* no habla o entiende el lenguaje del área.
23. Una segunda opinión de un *proveedor de la red*, si *usted* quiere más información acerca de su tratamiento o desea explorar otras opciones de tratamiento.
24. Preparar instrucciones o directivas por anticipado para las decisiones de atención médica. Esto incluye planificar su tratamiento antes de que *usted* lo necesite. Las instrucciones o directivas por anticipado son formularios que *usted* puede completar para proteger *sus* derechos para la atención médica. Estas pueden ayudar a su *proveedor de atención primaria* y a otros proveedores a entender *sus* deseos acerca de su salud. Las instrucciones o directivas por anticipado no eliminan *su* derecho de tomar *sus* propias decisiones y tendrán efecto únicamente cuando *usted* no puede hablar por sí mismo(a). Los ejemplos de instrucciones o directivas por anticipado incluyen:
 - a. Testamento vital;
 - b. Poder notarial para cuidado médico; o
 - c. Orden de “No Resucitar”. Los *afiliados* también tienen el derecho a rehusarse a preparar instrucciones por anticipado. A *usted* no se le discriminará por no tener unas instrucciones por anticipado.

Usted tiene la responsabilidad de:

1. Leer todo este *contrato*.
2. Tratar a todos los profesionales y personal de atención médica con cortesía y respeto.
3. Proporcionar información completa y correcta acerca de sus *enfermedades* actuales, *enfermedades* anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. *Usted* debe dar a conocer si *usted* claramente entiende su atención y lo que se espera de *usted*. *Usted* necesita hacer preguntas a su *proveedor* hasta que *usted* entienda la atención que *usted* está recibiendo.
4. Revisar y entender la información que *usted* recibe de *nosotros*. *Usted* necesita conocer el uso apropiado de los *servicios cubiertos*.
5. Mostrar su tarjeta de identificación (ID) y mantener las citas programadas con su *proveedor*, y llamar al consultorio de su *proveedor* durante las horas laborales siempre que sea posible si *usted* ha tenido un atraso o necesita cancelar.
6. Saber el nombre de su *proveedor de atención primaria*. *Usted* debe establecer una relación con su *proveedor*. *Usted* puede cambiar a su *proveedor de atención primaria* verbalmente o por escrito comunicándose con nuestro Departamento de servicio al cliente.
7. Leer y entender de la mejor manera posible todos los materiales referentes a sus beneficios de salud o solicitar ayuda si la necesita.
8. Comprender sus problemas de salud y participar, junto con sus profesionales de atención médica y *proveedores* en el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados en el grado que sea posible.
9. Proporcionar, en la medida de lo posible, información que *nosotros* y/o sus profesionales de atención médica y *proveedores* necesitan para proporcionar atención.
10. Seguir los planes de tratamiento e instrucciones para la atención que *usted* ha acordado con sus profesionales de atención médica y *proveedor*.
11. Informar a sus profesionales de atención médica y *proveedores* si *usted* no entiende su plan de tratamiento o lo que se espera de *usted*. *Usted* debe trabajar con su *proveedor de atención primaria* para desarrollar objetivos de tratamiento. Si *usted* no sigue el plan de tratamiento, *usted* tiene el derecho de ser informado de los resultados probables de su decisión.
12. Acatarse a todas las pautas, provisiones, políticas y procedimientos del plan de beneficios de salud.
13. Usar cualquier sala de emergencia únicamente cuando *usted* piensa que tiene una emergencia médica. Para recibir el resto de la atención, *usted* debe llamar a su *proveedor de atención primaria*.
14. Cuando *usted* se afilia en esta cobertura, proporcionar toda la información acerca de cualquier otra cobertura médica que *usted* tenga. Si, en algún momento, *usted* obtiene otra cobertura médica además de esta cobertura, *usted* debe informar a la entidad con la cual está afiliado.
15. Pagar sus primas mensuales a tiempo y pagar toda *cantidad deducible*, *cantidad de copago*, o *coaseguro* al momento del servicio.
16. Informar a la entidad en la cual *usted* se afilió a esta póliza si *usted* tiene algún cambio en su nombre, dirección postal, o los miembros de la familia cubiertos bajo esta póliza dentro del lapso de 60 días desde la fecha del evento.

Aviso del Departamento de Seguros de Texas

1. Un *plan de beneficios con proveedor exclusivo* no proporciona beneficios por servicios que usted recibe de *proveedores* fuera de la red, con las excepciones específicas como se describen en su póliza y a continuación.
2. *Usted* tiene derecho a una red adecuada de *proveedores preferidos* (conocida como “*proveedores de la red*”).
 - a. Si *usted* cree que la red es inadecuada, *usted* puede presentar una *queja* ante el

Departamento de Seguros de Texas.

3. Si *su* compañía de seguros aprueba una referencia para servicios fuera de la red porque no hay un *proveedor preferido* disponible, o si usted ha recibido *atención de emergencia* fuera de la red, su compañía de seguros debe, en la mayoría de los casos, solventar el cobro del *proveedor no preferido*, de manera que usted únicamente tenga que pagar las cantidades aplicables de *coaseguro*, *copago* y *deducible*.
4. Usted puede obtener el directorio actual de los *proveedores preferidos* en el siguiente sitio web: Ambetter.SuperiorHealthPlan.com o llamando al 877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989) para solicitar ayuda en encontrar un proveedor preferido disponible. Si usted se basa en información del directorio materialmente inexacta, *usted* puede tener derecho a que una reclamación fuera de la red se pague al nivel de beneficio de la red.

PROVISIONES GENERALES

Contrato completo

Este *contrato*, con la solicitud, es el *contrato* completo entre *usted* y *nosotros*. Ningún agente puede:

1. Cambiar este *contrato*;
2. Eliminar cualquier provisión de este *contrato*;
3. Extender el tiempo para el pago de las primas; o
4. Eliminar cualquiera de *nuestros* derechos o requisitos.

Sin renuncia

Si *usted* o *nosotros* no hacemos cumplir o insistimos en el estricto cumplimiento de cualquiera de los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones de este *contrato*, no se considerará una renuncia a cualquier derecho bajo el *contrato*. Una omisión anterior a hacer cumplir firmemente este *contrato* no será una renuncia de cualquier derecho en el futuro, aún en la misma situación o serie de situaciones.

Rescisiones

Ninguna declaración de hechos falsa hecha con respecto a un *afiliado* durante el proceso de solicitud que se relacione con la asegurabilidad se usará para anular/rescindir la cobertura o denegar una reclamación a menos que:

1. Los datos tergiversados estén en la solicitud por escrito, inclusive enmiendas, firmadas por el *afiliado*;
2. Una copia de la solicitud, y cualquier enmienda, ha sido proporcionada al *afiliado(s)* o al representante personal del *afiliado*; y
3. Los datos tergiversados fueron proporcionados en forma intencional y esencial para *nuestra* determinación para emitir cobertura a cualquier *afiliado*. La cobertura de un *afiliado* será anulada/revocada y las reclamaciones denegadas si esa persona realiza una acción o práctica que constituye fraude. "Rescindir" tiene efecto retroactivo y significa que la cobertura nunca estuvo vigente.

Reembolso por fraude, tergiversación o información falsa

Durante los primeros dos años que un *afiliado* está cubierto bajo el *contrato*, si el *afiliado* comete fraude, tergiversación o en forma intencional proporciona información falsa en referencia a la elegibilidad de cualquier *afiliado* bajo este *contrato*, o en la presentación de una reclamación por beneficios del *contrato*, *nosotros* tenemos el derecho de demandar que el *afiliado* nos reembolse por todos los beneficios que *nosotros* proporcionamos o pagamos durante el tiempo que el *afiliado* estuvo cubierto bajo el *contrato*.

De conformidad con las leyes del estado

Cualquier parte de este *contrato* que estuviera en conflicto con las leyes de Texas en la *fecha de vigencia de este contrato* o en la fecha que cualquier prima era pagadera, se cambió para estar de conformidad con los requerimientos mínimos de las leyes del Estado de Texas.

Condiciones previas a la acción legal

Acciones legales: No se podrán iniciar acciones legales u otro tipo de acciones de reclamo para cobrar en esta póliza antes del día 61 después de la fecha que se debe presentar la *prueba de pérdida* por escrito, de acuerdo con los requisitos de esta póliza. No se podrán iniciar acciones legales u otro tipo de acciones de reclamo una vez transcurridos tres años desde la fecha que se debía presentar la *prueba de pérdida*.

En ocasiones, *nosotros* podemos estar en desacuerdo en relación a la cobertura, beneficios, primas u otras provisiones bajo este *contrato*. Un juicio es una forma costosa, que toma mucho tiempo para resolver estos

desacuerdos y debe ser el último recurso de un proceso de resolución. Por lo tanto, con miras a evitar un juicio, *usted* debe notificarnos por escrito de *su* intención de demandarnos como una condición previa a emprender acciones legales. *Su* notificación debe:

1. Identificar la cobertura, beneficio, prima, u otro desacuerdo;
2. Referirse a la provisión(es) específicas en cuestión del *contrato*; e
3. Incluir todos los hechos e información importantes que apoyan *su* posición.

A menos que sea prohibido por la ley, *usted renuncia y acepta* no imponer ninguna acción por derechos contractuales, estatutos o derechos de ley común extracontractual o por daños punitivos que *usted* pueda tener si las reclamaciones contractuales especificadas son pagadas, o los asuntos que han ocasionado este desacuerdo se resuelven o son corregidos dentro de 30 días después que *nosotros* recibimos *su* aviso de intención de demandarnos.

Límite de tiempo en ciertas defensas:

(a) Después del segundo aniversario de la fecha de emisión de esta póliza, una tergiversación que no sea una tergiversación fraudulenta, realizada por el solicitante en la solicitud de póliza no puede usarse para anular la póliza o denegar una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en la póliza) comenzando después de ese aniversario.

(b) Una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en la póliza) comenzando después del segundo aniversario de la fecha de emisión de esta póliza no puede ser reducida o denegada aduciendo que una enfermedad o condición física no excluida de cobertura por nombre o descripción específica efectiva en la fecha de pérdida, existía antes de la *fecha efectiva* de cobertura de esta póliza.



FROM

superior
healthplan.

Spanish:	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter de Superior HealthPlan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Vietnamese:	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Ambetter from Superior HealthPlan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Chinese:	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter from Superior HealthPlan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989)。
Korean:	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Ambetter from Superior HealthPlan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) 로 전화하십시오.
Arabic:	إذا كان لديك أو لدى شخص تتعاوده أسئلة حول Ambetter from Superior HealthPlan ، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Urdu:	اگر Ambetter from Superior HealthPlan کے بارے میں آپ، یا جن کی آپ مدد کر رہے ہیں ان کے سوالات ہوں تو، آپ کو بلا معاوضہ اپنی زبان میں مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ کسی مترجم سے بات کرنے کے لیے، 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) پر کال کریں۔
Tagalog:	Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter from Superior HealthPlan, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
French:	Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter from Superior HealthPlan, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Hindi:	आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Ambetter from Superior HealthPlan के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) पर कॉल करें।
Persian:	اگر شما، یا کسی که به او کمک می کنید میزانی در مورد Ambetter from Superior HealthPlan دارید، از این حق برخوردارید که کمک و اطلاعات را بصورت رایگان به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت کردن با مترجم یا شماره 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) تماس بگیرید.
German:	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter from Superior HealthPlan hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) an.
Gujarati:	જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, Ambetter from Superior HealthPlan વિશે કોઈ પણ હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) ઉપર કોલ કરો.
Russian:	В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования Ambetter from Superior HealthPlan вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).
Japanese:	Ambetter from Superior HealthPlan について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989) までお電話ください。
Laotian:	ຖ້າທ່ານ ຫຼື ທ່ານທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍຫຼື ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter from Superior HealthPlan, ທ່ານມີສິດທິຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນ ຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ພ້ອມຈະຕົກກັບນາຍພາສາ, ໃຫ້ໃບທາ 1-877-687-1196 (Relay Texas/TTY 1-800-735-2989).

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

Declaración de no discriminación

Ambetter from Superior HealthPlan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. Ambetter from Superior HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

Ambetter from Superior HealthPlan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para que se comuniquen eficazmente con *nosotros*, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuito a las personas cuyo lenguaje primario no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Ambetter from Superior HealthPlan al 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989).

Si considera que Ambetter from Superior HealthPlan no le ha proporcionado estos servicios, o en cierto modo le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una *queja* ante: Superior HealthPlan Complaint Department, 5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741, 1-877-687-1196 (Retransmisión de Texas/TTY 1-800-735-2989), Fax 1-866-683-5369. Usted puede presentar una queja por correo, fax, o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una *queja*, Ambetter from Superior HealthPlan está disponible para brindarle ayuda. También puede presentar una queja de violación a sus derechos civiles ante la Oficina de derechos civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

© 2018 Celtic Insurance Company. Todos los derechos reservados.